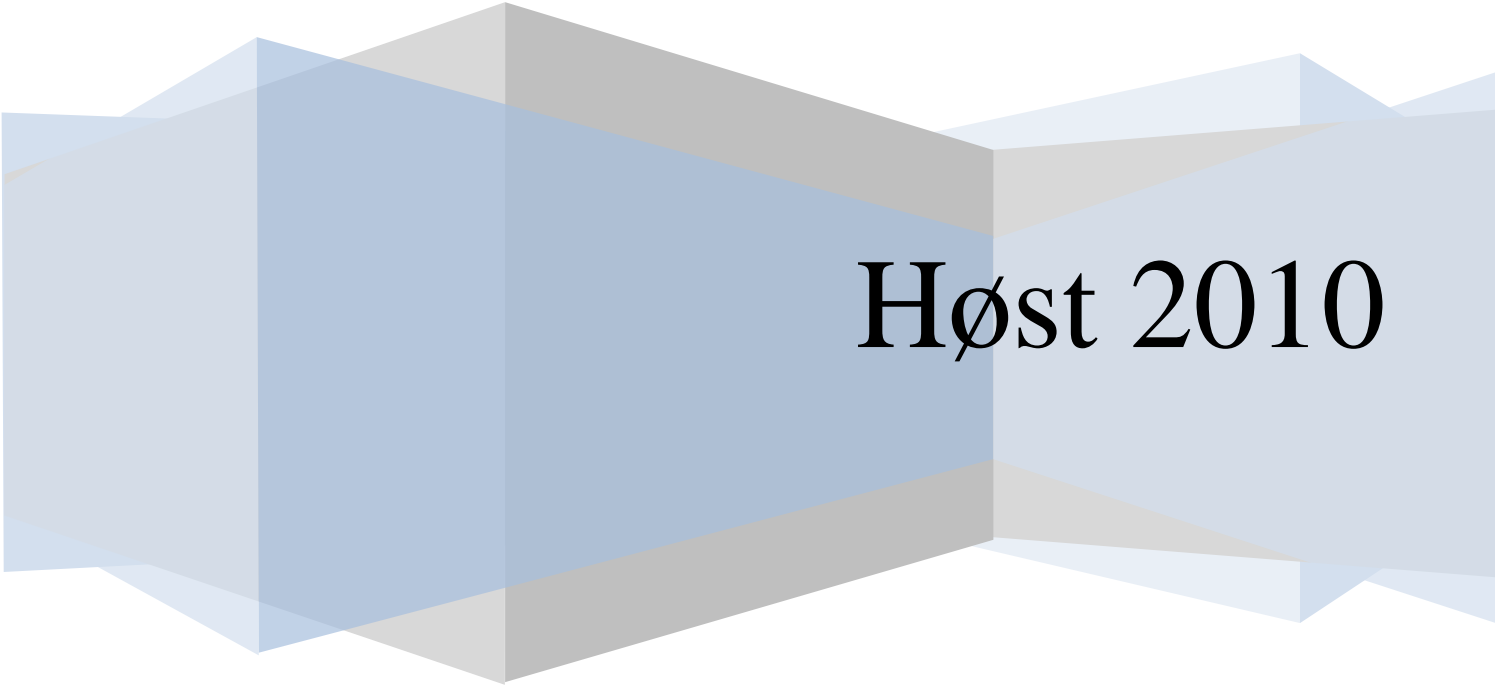


Eli Smedstad

# **Samarbeidsforhold mellom sykepleiere og leger – en årsak til moralsk stress?**

**Masteroppgave i profesjonsetikk og diakoni  
Universitetet i Oslo, Det teologiske fakultet  
Veileder: Professor Ingrid Hanssen**



**Høst 2010**

Jeg vil starte med å rette en stor takk til min veileder, professor Ingrid Hanssen, for en konstruktiv og lærerik veiledningsprosess. Takk for alle nyttige innspill, tålmodighet og nitidige tilbakemeldinger. Takk for at du satt meg på sporet av begrepet *moralsk stress* som ble svært sentralt i oppgaven.

Jeg vil rette en stor takk til mitt arbeidssted Lovisenberg diakonale høyskole for at jeg har fått fou-tid og dermed mulighet til å ta masterstudiet på Teologisk fakultet. Jeg vil videre takke mine kollegaer og studenter for interessante diskusjoner, støtte og oppmuntring underveis i oppgaveprosessen. En særlig takk rettes til studentene som har gitt meg lov til å benytte deres logger i oppgaven. Til slutt vil jeg takke familien som har engasjert seg i min oppgave, og som tidvis har funnet meg mer bøyde over bøker og PC enn deltagende i familielivet.

Trollåsen, november 2010

*Elis Smedstad*

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>5</b>
1.1	Problemstilling.....	7
1.2	Faglig sammenheng og historisk tilbakeblikk .....	8
1.3	Studiens aktualitet.....	14
1.4	Avgrensinger .....	15
1.5	Oppbygning av oppgaven.....	15
<b>2.0</b>	<b>Metodisk tilnærming.....</b>	<b>16</b>
2.1	Presentasjon og legitimering av metodisk tilnærming .....	17
2.2	Litteraturanalyse og litteratursøk.....	18
<b>3.0</b>	<b>Moralsk stress .....</b>	<b>21</b>
3.1	Utdyping av begrepet moralsk stress og utløsende faktorer .....	21
3.1.1	Definisjon av moralsk stress .....	21
3.1.2	Forskjellen mellom moralsk usikkerhet, moralske dilemmaer og moralsk stress ...	22
3.1.3	Økonomiske og organisatoriske påvirkninger .....	24
3.1.4	Initialt og reaktivt moralsk stress .....	26
3.1.5	Dårlig samarbeid - en institusjonell hindring.....	27
3.1.6	Har sykepleiere en fagspesifikk moral? .....	28
3.1.7	Samarbeid og støtte ved etiske utfordringer .....	29
3.2	Hvilke konsekvenser moralsk stress kan ha for pasienter og sykepleiere .....	30
<b>4.0</b>	<b>Oppgavens etiske grunnlag .....</b>	<b>31</b>
<b>5.0</b>	<b>Makt.....</b>	<b>41</b>
5.1	Sykepleie som yrke og profesjon sett i et maktperspektiv .....	42
5.2	Et eksempel på maktforholdet mellom sykepleiere og leger.....	44
5.3	Legal makt – systemmakt .....	47
5.4	Legal makt, kunnskapsmakt og tverrfaglig samarbeid .....	54
5.5	System og systemtvang .....	58
5.6	Å adlyde kan tjene den lydige eller ganske enkelt være riktig.....	59
5.7	Tradisjonell makt – autoritesmakt .....	61
5.8	Kjønns makt – en maktform med lange tradisjoner .....	63
5.9	Tradisjonell makt – i endring og i nye former.....	64
5.10	Karismatisk makt.....	67
5.11	Symbolsk og kulturell makt .....	68
5.12	Maktens konsekvenser.....	70
5.13	Oppsummering av kapittel 5 .....	74
<b>6.0</b>	<b>Samarbeid og etisk klima .....</b>	<b>76</b>
6.1	Eksempel på et sammenstøt.....	77
6.2	Holdninger til samarbeid .....	78
6.3	Situasjonens habitus .....	85

6.4	Legers syn på sykepleiere og vise versa .....	87
6.5	Kommunikasjonsutfordringer.....	90
6.6	Vertinne og restarbeider .....	92
6.7	Gjensidig avhengighet .....	95
6.8	Tverrfaglige fora.....	97
6.9	Konfliktløsning .....	98
<b>7.0</b>	<b>Etiske refleksjoner.....</b>	<b>100</b>
<b>8.0</b>	<b>Kort oppsummering og avsluttende kommentarer .....</b>	<b>104</b>
	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>106</b>

**Vedlegg 1 søkehistorikk**

**Vedlegg 2 lesematrise**

## 1.0 Innledning

Erfaringer med samarbeid mellom sykepleiere og leger har fått meg interessert i kvaliteten på samarbeidet og årsakene til at samarbeidet synes å fungere dårlig i mange sammenheng.

Det har vært vanskelig å sette ord på den frustrasjon sykepleiere kan kjenne på når de føler at det beste for pasienten ikke blir gjort, selv om sykepleiere er klar over hva som skal til for å tilfredsstille det kravet. Begrepet ”moralsk stress” ble tidlig introdusert for meg av min veileder, i våre diskusjoner rundt fokuset i oppgaven. Begrepet er relativt ukjent i Norge, men mye brukt i engelskspråklige land som Australia, USA, og England. Begrepet rommer det som tidligere var vanskelig å forklare for meg: den frustrasjon sykepleiere kan erfare hvis deres faglige kvalifikasjoner ikke blir hørt eller respektert.

Fokus for denne oppgaven er altså faren for at sykepleiere skal utvikle moralsk stress i situasjoner der tverrfaglig samarbeid er viktig for god pasientomsorg, men fungerer dårlig. Det er særlig samarbeidet og profesjonsmakten som ligger mellom leger og sykepleiere som vil bli studert i lys av forskningslitteratur og praktisk erfaring i relasjon til utvikling av moralsk stress.

Forskning viser at sykepleiere kan oppleve moralsk stress dersom de ikke får anledning til å forvalte sine etiske standarder overfor pasientene slik de mener er riktig og nødvendig som omsorgsgivere (Zuzelo 2007). For at pasienten skal kunne få best mulige behandling og pleie ville det optimale være at sykepleiere og leger støtter hverandre i deres unike og profesjonelle yrker; respektive kunnskap, ferdighet og etiske standarder. Undersøkelser av forhold på sykehus viser at tverrfaglig samarbeid ikke alltid fungerer godt (Olsvold 2010, Pauly m.fl. 2009, Torjuul og Sørli 2006).

Mange studier peker på at institusjonaliserte hindringer som effektivitetshensyn og økonomiske hensyn reduserer sykepleieres mulighet til å utføre en god, etisk standard på arbeidet (Pauly m.fl. 2009, Lützén m.fl. 2003, Sundin-Huard og Fahy 1999). Mye tyder på at samarbeidsforhold mellom sykepleiere og leger også kan sies å være en institusjonalisert hindring som spiller inn når sykepleiere erfarer moralsk stress (Sterchi 2007, Torjuul og Sørli 2006, Rosenstein 2002).

Samarbeidsforhold som en faktor til erfaring av moralsk stress mener jeg ikke blir belyst i faglitteraturen og i media på samme måte som andre institusjonaliserte faktorer. Jeg vil se nærmere på hvilke muligheter sykepleiere har for å utføre pleie og omsorg av høy kvalitet og

hvordan klimaet er for å kunne samarbeide tverrfaglig i ulike settinger i sykehus. Grunnutdannede sykepleieres, intensivsykepleieres og spesielt operasjonssykepleieres situasjon på sykehus vil bli studert.

Et historisk tilbakeblikk viser at maktutøvelse mellom sykepleiere og leger har preget deres samarbeid. Jeg søker å belyse grunner til hvordan maktutøvelse fortsatt kan sies å være en grunnleggende faktor i samarbeidet mellom sykepleiere og leger.

Et indirekte fokus for oppgaven er det totale resultatet og pasientens opplevelse av behandling, omsorg og pleie. Dersom sykepleiere hemmes i å utøve sykepleie slik de mener er profesjonelt og etisk riktig, er det nærliggende å tenke at begrensningene går ut over pasientenes pleie og omsorg. Spørsmålet er om pasientsikkerhet, pasientens opplevelse av behandling og sykehusopphold ville bli bedre dersom sykepleiere får være mer delaktige i beslutninger som har etiske implikasjoner for behandlingen av pasienten. Baggs m.fl. (1999) framholder i så måte at samarbeidsforhold kan ha betydning for resultatet av pasientbehandlingen og pasienters opplevelse av behandlingen. Videre argumenterer Sexton m.fl. (2000) for at pasientenes sikkerhet på sykehus blir dårligere om samarbeidet ikke er optimalt.

Oppgaven er en litteraturstudie, med utgangspunkt i fem artikler som omhandler moralsk stress og samarbeid mellom sykepleiere og leger. Problemer som drøftes i kapittelet om makt og samarbeid og etisk klima eksemplifiseres med to studentlogger. Tillatelse til å bruke loggene er innhentet. Studentloggene utgjør, i tillegg til artiklene, et empirisk materiale som vil være med på å forankre drøftingen i sykepleierens praktiske hverdag.

Jametons tanker om moralsk stress og tekster og teorier om makt fra Max Weber, Pierre Bourdieu og Paul–Michel Foucault og Kari Martinsen benyttes som teoretisk fundament og hjelp i tolkning og legitimering av empirien i oppgaven. Annen relevant litteratur om makt og medisinsk maktstruktur er brukt for å belyse temaet. Videre benyttes ytterligere studier som belyser samarbeidet mellom sykepleiere og leger i diskusjonen vedrørende moralsk stress opplevd av sykepleiere (f.eks. Olsvold 2010, Lien 2009, Pauly m.fl. 2009, Torjuul og Sørli 2006).

Det er utfordrende å studere eget fagfelt fordi det kan være vanskelig å komme fram til relevante spørsmål. Samtidig sier Kvale (1997) at det å benytte ens kunnskap om forskningsfeltet vil gjøre forskeren mer følsom overfor nyanser som framkommer i datamaterialet. Man har imidlertid en forforståelse og ser kanskje det man vil se, og ikke det

man kan og bør se. Mitt faglige ståsted gir føringer for masteroppgavens innhold. Min forforståelse er at det finnes sammenheng mellom sykepleieres opplevelse av moralsk stress og samarbeidet med leger. Jeg ønsker å få et reflektert helhetsbilde av temaet ved å tolke relevante tekster, og fordi forståelsen av situasjonen eller temaet kontinuerlig utvides gjennom en hermeneutisk spiral, vil min forståelse utvides gjennom arbeidsprosessen.

Tekstene vil bli lest refleksivt, det vil si at jeg er klar over og tilkjennegir min egen rolle og mine egne perspektiv både relatert til litteraturen og i tolkningsprosessen. Jeg er klar over at jeg påvirker prosessen og vil uttrykke innvirkningen eksplisitt.

## 1.1 Problemstilling

Formålet med oppgaven er å belyse sammenhengen mellom sykepleieres følelse av moralsk stress og ulike faktorer som påvirker samarbeidet med leger. Jeg ønsker å beskrive og utdype forskning som avdekker uheldige praksiser innen min fagtradisjon for å øke bevisstheten rundt moralsk stress, ulike typer maktforhold, samarbeid og etisk klima.

Sykepleiere og leger har ulikt syn på kvaliteten av tverrfaglig samarbeid (Krogstad, Hofoss og Hjordtal 2004, Miller 2001, Thomas m.fl. 2003). I helsevesenet finner man tradisjonelle, hierarkiske og legale strukturer som tilsier at leger står over andre yrkesutøvere og har makt til å definere grenser for hvordan arbeidsoppgaver fordeles i relasjon til andre grupper av helsearbeidere. Dermed har de i stor grad også definert andre yrkesgruppers arbeidsoppgaver (ibid). I tillegg kan samarbeid påvirkes av "utøvelse av medisinsk maktstruktur" (Ellingsæter og Solheim 2002). Begrepet oppfattes slik at medisineres makt og sykehusets struktur, som er bygd opp med vekt på medisinsk vitenskap, har stor innflytelse på profesjonsarbeiderne. Tverrfaglig samarbeid kan lide under denne maktstrukturen. Sykepleiere kan oppleve moralsk stress på grunn av frustrasjoner over ikke å bli hørt i etiske og faglige diskusjoner. Studier av samarbeidsforhold dokumenterer at enkelte sykepleiere slutter å arbeide som sykepleiere på grunn av frustrasjoner og moralsk stress (Sundin-Huard og Fahy 1999).

Problemformulering:

*Det er sammenheng mellom kvaliteten på sykepleiernes samarbeid med leger og sykepleiernes opplevelse av moralsk stress*

Påstanden gir meg muligheten til å studere et tema jeg opplever blir lite offentlig diskutert i norsk sykepleiesammenheng, men som diskuteres ofte med studentene i mitt arbeid som lærer i videreutdanning av sykepleiere, på bakgrunn av deres opplevelser.

Problemformuleringen er ikke spesifikk for operasjonssykepleiere fordi artiklene i mitt datamateriale viser at moralsk stress erfares av sykepleiere på ulike avdelinger i sykehus.

## 1.2 Faglig sammenheng og historisk tilbakeblikk

Hensikten med å belyse tverrfaglig samarbeid mellom sykepleiere og leger er å gi sykepleiere innsikt og kompetanse som kan brukes i situasjoner der sykepleiere opplever at deres kunnskap, vurderinger og mening ikke blir tilstrekkelig imøtekommet av leger. Det er mulig at jeg beveger meg inn i 'løvens hule' ved å blåse liv i en litt betent debatt. Marie Aakre (2010), leder av Rådet for sykepleieetikk, uttaler at maktkamp mellom sykepleiere og leger ikke er noe man snakker om. Jeg opplever at sykepleiere ikke ønsker å diskutere sin posisjon relatert til legene, kanskje fordi man tenker at sykepleie er en selvstendig profesjon og at det ikke er noen grunn til en ny profesjonskamp.

Nyere forskning (Zuzelo 2007) viser at sykepleiere kan oppleve at samarbeidsformen med legene kan bære preg av å være en assistentjobb, til tross for at sykepleiere er bevisst sitt selvstendige ansvar og funksjon. Debatten om myndighet og ansvar har elementer av profesjonskamp i seg, fordi det kan synes som om at legene og sykepleierne "kjemper" om retten til å ha viktige funksjoner og utføre ulike tiltak for og med pasientene. Profesjonskamp er ikke ønskelig og ikke fokus for denne oppgaven, men grenseoppgangen mellom profesjonskamp og vern av sykepleieprofesjonenes rett og plikt til å forvalte sine etiske standarder overfor pasientene, kan synes smal og uoversiktlig. Det kan være lett å falle i den grøften som får en til å forsvare sykepleieres profesjon.

Jeg søker å opprettholde et mest mulig objektivt syn slik at min tekst ikke bærer preg av et forsvarsmanifest for sykepleiere, men jeg tilkjennegir mitt synspunkt som er utgangspunktet før oppgaven skrives: hvis sykepleie som fag og profesjon skal utvikles som en selvstendig profesjon, må sykepleiere være bevisst sitt forhold til legeprofesjonen. De må utvikle en bevissthet om de moralsk problematiske situasjoner forskning viser at sykepleiere nærmest daglig synes å komme opp i relatert til vanskelige samarbeidsforhold.

Ved et historisk tilbakeblikk forklarer Martinsen hvordan sykepleiere og medisin er forbundet med hverandre. Martinsen (Martinsen og Eriksson 2009, s. 117–118) støtter seg på Foucault i



det hun beskriver hvordan den moderne sykepleie som yrkeskategori oppstod ved at legene fikk behov for assistanse på slutten av 1700- tallet og i begynnelsen av 1800- tallet. Legene hadde lenge arbeidet med det Martinsen kaller den boklig-filologiske, klassifikatoriske medisin, men ble etter hvert erfaringsbasert og klinisk. Denne nye formen for medisin vokste raskt i et samfunn preget av store endringer økonomisk, politisk-juridisk og vitenskapelig. Legene fikk behov for assistanse fordi de begynte å være mer i sykehusene der eksaminasjonen og diagnostiseringen av pasientene ble grundigere og sykepleiere behøvdes for å observere pasienter og systematisere registreringer. Martinsens hevder at sykepleie og medisin ikke kan forstås uavhengig av hverandre.

Forskjellige typer tekster viser at samarbeidsforholdet mellom sykepleiere og leger har endret seg. Nissen (1877/2000) beskriver hvordan *sykepleierskene* i tidligere tider ”skulle vise ubetinget Lydighed mot Lægen i alt”. Dog sies det for eksempel om Florence Nightingale, som levde på 1800-tallet, med viktoriatidens syn på kvinnen og kvinnens underdanige og tjenende stilling, at hun var en mester i manipulasjon overfor legene slik at hun fikk sine synspunkter igjennom ved å legge fram forslag overfor sykehusets ledelse i legenes navn, fikk dem vedtatt, hvorpå hun gjorde legene kjent med dem uten å si at det var gått igjennom i styret. Legene hadde så et par møter over forslagene, godtok dem, og trodde det var deres egne (Hanssen 1991, Wyller 1978). Manipulasjon var en måten sykepleiere kunne bli ”hørt” på i Florence Nightingales tid.

Det nære samarbeidsforholdet mellom leger og sykepleiere, og ikke minst stereotypien av forholdet, har vært dramatisert i filmer og tv-serier, i noveller og bøker. Stereotypien er den kjekke, høye og mandige legen som bestemmer og blir litt blendet av sin egen posisjon, og den kvinnelige og feminine sykepleieren som ser opp til og sjarmerer legen og utfører legens ordre. Filmer og tv-serier kan ha gitt grobunn for en allmenn tanke om at stereotypiene eksisterer. På 1960- tallet gjorde Leonard Stein (1967) undersøkelser der han mente å kunne bekrefte at enkelte deler av stereotypien stemte. Han kalte fenomenet ”the doctor-nurse game”, som går ut på at sykepleiere øver bevisst innflytelse på beslutninger gjennom mer eller mindre skjulte påvirkninger på legens instruksjoner. Sykepleiere rådet og informerte legen uten at rådene rokket ved hans posisjon, slik det tyder på at Florence Nightingale hadde gjort allerede i viktoriatiden.

Stein hevdet at en essensiell regel i spillet mellom leger og sykepleiere var at åpen uenighet eller konflikt ikke måtte forekomme, for å forhindre at både legens og sykepleieres posisjoner skulle bli truet. Stein beskrev legenes og sykepleiernes roller som om de var skuespillere med

i et teaterstykke, der begge parter var klar over hva som skjedde, men de spilte sine roller uten å gjøre mine til å røpe spillet. I ”the doctor-nurse game”, hevdet Stein, fantes det ikke en vinner eller en taper. Begge rollene vant hvis spillet spiltes godt, eller begge parter tapte hvis de spilte dårlig. Belønningen for godt spill var at legen følte at han hadde en god støttespiller i sykepleieren. Sykepleieren, på sin side, fikk god selvtillit og følte at hun gjorde en god og profesjonell jobb ved å følge spillet. De skapte seg en allianse som gjorde at legen oppnådde respekt og beundring for at han fikk gjort jobben sin effektivt og godt. Sykepleieren på sin side fikk godt ord på seg og ble respektert for å være en meget dyktig sykepleier.

Straffen hvis spillet ikke spiltes etter kardinalregelen om ikke å true den andres posisjon var at legen ville få vanskeligheter med å få sin ordre gjennomført og sykepleieren ville bli sett på som en ”bitch” i følge Stein, og få liten respekt av legene. Stein hevdet at legenes behov for å bestemme hadde sin begrunnelse i at de var lært opp i løpet av medisinstudiet til at deres avgjørelser hadde betydning for pasientens liv og død, og at feilvurderinger vil kunne få svært alvorlige konsekvenser. Legen var dermed svært sårbar. Legen kunne synes å komme i en felle: han måtte samarbeide og ta i mot råd fra sykepleiere for å få gjort jobben best mulig for pasienten, men å ta i mot råd fra en som ikke er lege ville kunne true hans omnipotens, eller hans allmakt. Stein fremholder at sykepleiere på sin side, tidlig lærte å spille ”the doctor-nurse game” i sin praktiske utdanning.

Til tross for at undersøkelsene og tekstene er nesten 50 år gamle kan det se ut som om spillet fortsatt spilles, i en viss forstand. Sykepleierne Benner, Tanner og Chesla (1999, s. 317) påstår at måten sykepleiere presenterer data om pasienten kan være avgjørende for hvilke beslutninger legen tar. Forfatterne hevder at enkelte sykepleiere har en bevisst strategi for å få legen til å ordinere hva de mener er riktig behandling. Denne strategien, som er beskrevet i tekster fra 1990- årene, ligner mye på de metodene fra Nightingales tid og Steins berettelser fra 1960- tallet.

I en artikkel skrevet i 1990 diskuterer legene Stein, Watts og Howell igjen ”the doctor-nurse game”, og tegner et noe annerledes bilde sett i lys av en utvikling som har skjedd i helsevesenet de siste tiårene. De hevder at på grunn av den økte spesialiseringen i behandlingen av pasienter, er leger i økende grad avhengig av spesialutdannede sykepleiere. Legenes økte behov for spesialsykepleieres kompetanse gir sykepleiere mer selvbestemmelse og ansvar, og deres kunnskaper blir mer verdsatt fordi legene opplever at deres medisinske kunnskaper tilfredsstiller legenes behov for observasjoner. Martinsen (Martinsen og Eriksson 2009) hevder altså at legene fortsatt har behov for sykepleiere som assistenter, men det kan

synes som om Stein m.fl. finner at sykepleiere nå arbeider mer selvstendig og får mer respekt enn de gjorde tidligere.

Et annet aspekt er at sykepleiere har sluttet å spille "the doctor-nurse game" fordi sykepleiere ser på pleie og omsorg som sitt domene og føler seg fri til å konfrontere og til og med utfordre leger i pasientsaker (Stein m.fl. 1990). Sykepleiere vil at sykepleie skal være en selvstyrt helseprofesjon med et veldefinert område for sin ekspertise. I tillegg vil de samarbeide som likestilte partnere med andre helsearbeidere. Stein, Watts og Howell (1990) ser flere fordeler for sykepleiere enn leger med endringen. De hevder at mange leger reagerer med rådvillhet og sinne fordi de føler at deres posisjon er truet og de ikke vet hvordan de skal forholde seg til sykepleiere lenger. Det gamle, hierarkiske systemet kunne tilby en trygghet i at begge parter visste hvor de hørte hjemme i systemet. I tillegg hevder forfatterne at en mer åpen kommunikasjon kan generere en kompetitiv holdning som muligens underminerer pasientenes tillit til at de blir konstruktivt behandlet og til at pasientens beste er hovedmålet med behandlingen.

Man kan heller ikke se bort fra at en mer åpen kommunikasjon mellom sykepleiere og leger og bedre utnyttelse av sykepleieres observasjoner og kunnskaper vil øke sykepleieres arbeidsglede og forbedre deres mulighet til å bidra i pasientbehandlingen (Stein m.fl. 1990). Påstanden om bedret arbeidssituasjon og større tilfredshet i arbeidet er i tråd med det Stein hevdet i 1967, da han fant at sykepleiere som spilte "the doctor-nurse game" godt ville oppnå nettopp bedre selvtilit og følelsen av å gjøre en profesjonell jobb. Forskjellen nå er at sykepleiere ikke følger kardinalregelen om at konflikter og åpen uenighet ikke må finne sted. Sykepleiere oppnår dermed det samme målet om å føle at de gjør en god jobb, uten å komme i den etiske og moralske konflikt et skjult spill vil kunne føre dem inn.

Forholdet mellom sykepleiere og leger har vært et sosialt spill som fulgte et grunnleggende mønster som var velkjent for alle som jobbet i helsevesenet (Svensson m.fl. m.fl. 1998). Endringer i relasjonen er synlige ved at sykepleiere i dag i større grad påvirker beslutninger og går mer aktivt inn i forhandlinger om makt og innflytelse (Ellingsæter og Solheim 2002). Likevel viser nye studier at sykepleieres observasjoner og faglige vurderinger ofte ikke blir tatt alvorlig fra legenes side. (Lien 2009, Rice m.fl. 2008). For eksempel kan kirurger ofte avvise pasienters postoperative smerter til tross for at sykepleierne tar initiativ til bedre smertebehandling (ibid).

Ceci beskriver (2004) situasjoner der sykepleiere ikke ble hørt når de uttrykte bekymring over legers manglende kompetanse som gikk ut over pasientsikkerheten. Sykepleiere sattes i en moralsk og etisk vanskelig situasjon, noe som førte til moralsk stress.

I andre situasjoner kan generell medisinsk maktutøvelse gå direkte ut over pasienten. For eksempel der legen bestemmer uten å ta med sykepleiere inn i et tverrfaglig og kvalifisert samarbeid, eller verre, der legen oppfører seg på en arrogant og respektløs måte, slik at legens adferd kan gå ut over sykepleierens mulighet til å gi optimal pleie (Rosenstein og O'Daniel 2005). Hindringene i utførelsen av god sykepleie kan føre til at sykepleieren opplever moralsk stress.

Hvis sykepleiere utsettes for denne typen frustrasjoner, irritasjoner eller til og med fortvilelse i mange sammenhenger og over lengre tid, kan moralsk stress medvirke til burnout (Rice m.fl. 2008). I den kommende teksten vil eksempler på samarbeid beskrevet i logger skrevet av studenter i nyere tid bli diskutert og sett i sammenheng med Steins og andre forskeres funn om tverrfaglig samarbeid.

Behovet for å skjelne sykepleieres arbeid fra andre helsearbeideres arbeid ble økende tidlig på 1900-tallet og fra 1930-årene arbeidet Virginia A. Hendersons (1984) med å klargjøre hva sykepleie er og hva det ikke er. Hennes definisjon av sykepleiens natur ligger til grunn for synet på sykepleierens og operasjonssykepleierens funksjon i denne oppgaven:

”Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt nødvendig styrke, vilje eller kunnskap til det” (Henderson 1998, s.45).

Tre vesentlige ideer hos Henderson blir fremhevet i denne definisjonen. Det er nødvendig å *handle*<sup>1</sup> for å beholde og gjenvinne helse eller bidra til en fredfull død. Henderson fremhever at personer normalt er *aktive og selvstendige*<sup>2</sup> i forhold til disse handlingene og målet for sykepleie er at *personene skal gjenvinne selvstendighet eller fredfull død*<sup>3</sup> der døden er uunngåelig (Kirkevold 2003). Definisjonen synes å være dekkende for det arbeidet sykepleiere utfører, også på operasjonsavdelinger. Henderson kan hjelpe oss med å skille ut hva som er medisinske legeassisterte handlinger og selvstendige handlinger, selv om vi senere skal se at grensene for hva som er sykepleieres og hva som er legers arbeid og ansvar kan være uskarpe (jf. side 49)

---

<sup>1</sup> Min kursivering

<sup>2</sup> Min kursivering

<sup>3</sup> Min kursivering

Henderson (1998) hevder at sykepleiere er selvstendige utøvere, som er i stand til å foreta selvstendige bedømmelser så lenge han/hun ikke ” stiller diagnoser, foreskriver behandlinger av sykdom eller setter opp prognoser, for dette er legens funksjon” (ibid, s. 46). Hun skisserer opp 10 generelle metoder for sykepleieren som utdyper definisjonen og hjelper oss til å forstå hva som er selvstendige sykepleiefunksjoner.

Hendersons 10 generelle metoder for sykepleieren:

- forstå pasientens grunnleggende behov
- skape et konstruktivt forhold til pasienten
- planlegge pleien
- erstatte pasientens egne handlinger ved behov
- tilpasse handlingene til pasientens tilstand
- strukturere pleien
- lindre og trøste
- undervise pasienten
- ivareta sikkerhetsanstaltninger som er knyttet til pasientens behov og behandling
- utføre legeforordnede tiltak knyttet til behovene (Kirkevold 2001, s. 106)

Henderson legger alle delegerte og medisinsbaserte assistentfunksjoner i den siste av de ti metodene. Ni av ti punkter er dermed, etter Hendersons mening, selvstendige sykepleiefunksjoner.

Det spesielle med operasjonssykepleie er at sykepleien som utføres på operasjonsavdelingen kan virke teknisk. Noen, også sykepleiere, hevder at man ikke behøver å være sykepleier for å utføre det arbeidet. Martinsen (i Dåvøy m.fl. 2009, s. 32) har utfordret og imøtegått denne påstanden. Hun hevder at ”operasjonssykepleie er spesialsykepleie der bruk av teknisk utstyr og kirurgiske instrumenter – sammen med en omsorgsfull ivaretagelse av pasienten – er en enhet som ikke kan skilles”. Operasjonssykepleierne har en sentral rolle i arbeidet med å forebygge infeksjoner hos pasienter (Temahefte 2008). På grunn av ytre omstendigheter som medisinskteknisk utstyr, tildekking av pasienten og at mange er til stede rundt pasienten, stilles det høye faglige krav til at operasjonssykepleierne. De lytter, ser og berører pasienten, for å observere og kontrollere at pasienten ligger i riktig leie, ikke blir utsatt for trykk og strekk og at de grunnleggende behov som respirasjon, sirkulasjon og eliminasjon blir ivarettatt for å forebygge skader eller traumer utover det som operasjonen krever.

Operasjonssykepleierne har også ansvar for å ivareta pasientens integritet ved å opptre med respekt, empati og medfølelse i en vanskelig situasjon for pasienten. Man kan med Martinsen (i Dåvøy 2009, s. 32) ord si at: ”operasjonssykepleierne tar vare på de forsvarsløse og sårbare, nakne og bedøvede kroppene”. Operasjonssykepleierne arbeider oftest i team og både

anestesisykepleiere og kirurger tar ansvar for pasienten under operasjoner. Arbeidet er likevel delt inn slik at de ulike profesjonene har ansvar for sitt område, selv om det er gråsoner der man deler på de samme oppgavene. Drøfting rundt eksempler og logger (s.44 og s.77) vil synliggjøre ulikt fokus hos sykepleiere og leger.

I denne oppgaven er det viktig å påpeke sykepleieres og operasjonssykepleiers selvstendige ansvar og funksjon fordi kjernen i problemstillingen er om sykepleiere blir stresset når deres selvstendige refleksjoner, kunnskaper og handlinger ikke blir respektert av leger.

Til tross for at Henderson og andre sykepleieteoretikere har definert, beskrevet og utdypet sykepleiens egenart, hevder Martinsen (i Martinsen og Eriksson 2009: 119–120) at sykepleiere forstår seg selv som underordnet legene foruten at de klassifiseres av legene og samfunnet ellers som underordnet i det de følger legene inn i legenes ulike spesialiteter innen medisin og dermed fortsatt er legenes assistenter. Hun argumenterer for at sykepleiere fører en kamp innenfor det medisinske felt og at de sitter fast i et kjent og muligens godtatt dominansforhold. Hun påpeker at sykepleiere er i ”legens klinikk” der legene har rett til å definere pleien, behandlingen og forskningen innenfor den evidensbaserte medisinen. Legenes påvirkning kan gjøre at sykepleiere har vanskeligheter med å ta vare på sykepleien som et selvstendig fag.

### **1.3    Studiens aktualitet**

Flere forskere hentyder at problemer i forholdet mellom sykepleiere og leger kan være mulige årsak til mangler og feil ved behandling av pasienter (Pauly m.fl. 2009, Torjuul og Sørli 2006, Thomas m.fl. 2003, Sundin-Huard 2001, Rosenstein og O’Daniel 2005, Svensson m.fl.1998). Til tross for store endringer i samarbeidsforholdet mellom sykepleiere og leger, konkluderer nyere forskning med at sykepleier og leger ikke bare evaluerer det profesjonelle samarbeidet forskjellig, de definerer også begrepet samarbeid ulikt (Krogstad m.fl. 2004). Ulikt syn på samarbeid er det grunn til å beskrive nærmere.

Svar på problemstillingen kan kanskje bidra til å øke bevisstheten om det profesjonelle samarbeidet mellom sykepleiere og leger og dermed være et bidrag til å øke kvaliteten på behandlingen pasientene får.

## 1.4 Avgrensinger

Aktuelle og relevante temaer som er interessant å vurdere i forhold til min problemstilling er ulike aspekt av maktbegrepet: legal makt, tradisjonell makt, karismatisk makt, symbolsk og kulturell makt, kjønnspekt og kunnskapspekt. I denne oppgaven ser jeg ikke på maktforholdet mellom sykepleiere og pasienter eller begrepet omsorgsmakt.

Sykepleieryrket er fortsatt svært kvinnedominert og de fleste leger er fortsatt menn i intensivheter, operasjonsheter og kirurgiske avdelinger. Derfor vil mulige endringer i samarbeidet mellom sykepleiere og leger, når flere leger er kvinner, kun bli kommentert og ikke bli fullstendig belyst i denne oppgaven.

I og med at jeg selv er operasjonssykepleier og arbeider i videreutdanning for operasjonssykepleie, vil mange av eksemplene dreie seg om forhold på operasjonsavdelinger. Til tross for min bakgrunn som operasjonssykepleier og mitt nåværende arbeid med operasjonssykepleiestudenter har jeg inkludert studier og litteratur som omhandler intensivsykepleiere og sykepleiere som arbeider på sengeposter med akutt og kritisk syke pasienter for å få tilgang til et større antall studier og flere eksempler på samarbeidsforhold mellom lege- og sykepleierprofesjonen.

## 1.5 Oppbygning av oppgaven

I kapittel 1 blir oppgavens tema, problemstilling og aktualitet presentert. I kapittel 2 blir det redegjort for forskningsmetoden som er valgt for arbeidet med oppgaven og refleksjoner rundt denne. Kapittel 3 er en utdyping av begrepet moralsk stress og utløsende faktorer og virkninger av moralsk stress. I kapittel 4 presenteres oppgavens etiske grunnlag. Etiske påvirkninger på sykepleieres dømmekraft blir omtalt. Kapittel 5 er en blanding av teori og drøfting. Teorier på makt presenteres og en logg blir gjengitt. Maktteoriene drøftes med eksempler fra loggen. I kapittel 6 er også en blanding av teori og drøfting og forskning på etisk klima på sykehus og forskning på samarbeidet mellom sykepleiere og leger blir beskrevet og diskutert. Samtidig presenteres en ny logg og eksemplene fra loggene drøftes. Kapittel 7 er etiske refleksjoner. I kapittel 8 oppsummeres oppgaven kort og avsluttende bemerkninger gis. Dernest følger litteraturlisten og til sist i oppgaven vedlegges søkehistorikk og lesematrise.

## 2.0 Metodisk tilnærming

Jeg har valgt en hermeneutisk tilnærming til stoffet. Hermeneutikk kommer av det greske ord "hermeneuein", som betyr: fortolke, forklare, oversette. Hermeneutikk er en fortolkende forståelse eller utlegning og kan ses på som en motsats til naturvitenskaps positivisme.

Naturvitenskapen har en forestilling om at verden ligger der ute og er som den er uansett hvem som betrakter den. Kunnskap om naturen må derfor også nødvendigvis være uavhengig av den enkelte forskers observasjoner, og forskningsresultater skal være objektive, testbare og kunne gjenskapes av andre forskere. For å leve opp til det kravet, brukes den såkalte induktive metoden, som går ut på å observere et spesifikt fenomen og samle inn data om det. Ut fra dataene kan man deretter stille opp en hypotese om fenomenet (Gilje og Grimen 1993).

I motsetning til å ha fokus på generaliserbarhet og hypotesetesting, er man innen humaniora opptatt av individet, hvor hver person har en fri vilje, en bakgrunn, en kultur og en historie. Det er ikke et generalisert bilde av verden som er målet, men forståelse av den. Denne forståelsen er ikke nøytral, men er påvirket og utformet av alle de opplevelsene og tankene vi har hatt gjennom livene våre. Står vi overfor et valg, vil vi velge forskjellig, alt avhengig av vår personlighet, hva vi tidligere har opplevd og den aktuelle situasjonen. Humanisten vil derfor aldri kunne finne et entydig svar på hvorfor en person oppfører seg på en bestemt måte. Men hun kan komme med en fortolkning basert på den såkalte «hermeneutiske metode» (ibid).

Jeg bruker en hermeneutisk litterær metodisk tilnærming til tekstene jeg studerer, det vil si at jeg vil forsøke å tolke tekstene og forstå delene i lys av helheten. Jeg vil gå ut fra de kunnskapene jeg har om emnet og arbeide med å utvide/utdype og forfine disse kunnskapene gjennom litteraturstudien.

Hermeneutikk fremhever betydningen av å fortolke folks handlinger gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart er innlysende (Thagaard 2003, s. 37). Denne tilnærmingen legger vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener og handlinger kan tolkes på flere nivåer. Nivåer i denne sammenheng betyr erfaringsnære begreper som eksempler fra praksis gir og mer erfaringsfjerne begreper som har tilknytning til teorier om makt, dominans og sykepleie. Målet er å oppnå en gyldig forståelse av meningen i tekstene. Gyldighet kan oppnås ved riktig kildebruk (Erikson og Grøhn 2010) ved henvisninger til andres tekster og transparent søkehistorikk, slik at andre kan etterprøve mine



argumenter og påstander, i tillegg til at tekstene drøftes slik at et dypere og reflektert meningsinnhold kommer fram.

## 2.1 Presentasjon og legitimering av metodisk tilnærming

Jeg ønsker å oppnå en dypere forståelse for samarbeidsforholdet mellom sykepleiere og leger, hva som kan være årsaker til at samarbeidet er blitt slik man ofte finner det i praksis og hva det er som gjør at problematiske samarbeidsforhold kan skape moralsk stress hos sykepleiere. For å forstå andre mennesker må man kunne sette seg i deres sted, noe som gjør hermeneutikken til en forståelsesvitenskap (Gilje og Grimen 1993).

Hermeneutikken var fra gammelt av en metode for tekstanalyse. Siden har hermeneutikk fått utvidet sitt bruksområde, ikke minst takket være Gadamer (2004) arbeid, og i dag benyttes hermeneutisk metode også i fortolkning av empiriske/kliniske data. Denne studien er imidlertid i hovedsak bygget på litteraturstudier og vil derfor i stor grad bære preg av klassisk hermeneutisk forskning, selv om det ikke er tekstanalyse som står i sentrum, men synspunkter og temaer. Jeg vil ikke kunne finne entydige svar, men jeg vil få økt innsikt og forstå forholdene bedre.

I tillegg til teoretisk og filosofisk litteratur, forskningsartikler, en mastergradsoppgave og en fersk doktorgradsavhandling, benytter jeg meg også av to logger fra studenter i videreutdanning i operasjonssykepleie som utgjør mine mest praksisnære empiriske kilder.

Når jeg går inn og fordypet meg i moralsk stress og samarbeidsforhold mellom sykepleiere og leger, har jeg på forhånd både bevisste og ubevisste oppfatninger av forholdene, det Gadamer (2004) omtaler som "før-dommer". Mine erfaringer og studenters logger og refleksjoner har vært med på å gi meg en forståelse av kultur og samarbeidsforhold på sykehus som gir meg et subjektivt forhold til emnet. Påvirkningene preger min forforståelse som, enten jeg vil eller ikke, influerer på min undersøkelse og tolkning av litteraturen. Et hovedpoeng for hermeneutikere er at forskerens subjektive forforståelse medfører at han eller hun alltid vil opptre med visse forventninger. Det vil si at i hermeneutikkens verden ikke finnes objektive forskningsmetoder (Gilje og Grimen 1993). Dermed kan min studie heller ikke sies å være objektiv.

Ut fra en hermeneutisk forståelse tenker man at deler av virkeligheten, et tema eller en sak kun kan forstås om delene settes i sammenheng med helheten. Helheten består av deler og kan

dermed kun forstås gjennom delene. Delenes innvirkning på helheten kan betegnes som en spiral eller en sirkel, den såkalte 'hermeneutiske sirkel'. Man har et utgangspunkt – forståelse – og studerer så delene som settes sammen til en ny helhet som da vil vise delene i et nytt lys eller i et nytt perspektiv. Når man igjen ser på delene ut fra et nytt perspektiv, vil ny innsikt eller forståelse oppstå. Slik beveger man seg mellom del og helhet og man får litt etter litt dypere forståelse av både delene og helheten (Alvesson og Sköldberg 2008). Samtidig er det viktig å være åpen for at den nye innsikten kan rokke ved ens forforståelse. Forskeren må derfor være villig til å innrømme det om hun tar feil og i så fall til å endre sin forståelse av det som studeres. Slik vil jeg søke, med min forforståelse som bakteppe, å lese artikler og annen litteratur for å få en dypere forståelse av hvorfor det kan føre til moralsk stress hos sykepleiere dersom de ikke får anledning til å handle i henhold til sine etiske standarder overfor pasientene, og sette de ulike delene i en større sammenheng og se på hva som kan ligge bak et eventuelt manglende samarbeide mellom sykepleiere og leger og hva som gjør at dårlig samarbeid kan utløse moralsk stress. Og, får det at sykepleiere opplever moralsk stress betydning for pasientens behandling, omsorg og pleie? Jeg vil også se om mitt bilde av legenes adferd når de samarbeider med sykepleiere har gjennomgått en endring eller eventuelt hva som kan endres i situasjoner der det er ønskelig, ved å studere artikler og aktuell litteratur.

## 2.2 Litteraturanalyse og litteratursøk

En vesentlig utfordring har vært å finne ut hva som er tilgjengelig materiale for å kunne analysere problemstillingen. Jeg har søkt etter relevante kilder og vurdert hvor troverdige disse kildene er i henhold til validiteten og reliabiliteten i de empiriske studiene som ligger til grunn for artiklene som utgjør mine data.

Jametons tenkning om moralsk stress og Max Webers, Pierre Bourdieus og Michel Foucaults tanker om makt, benyttes som teoretisk forankring i oppgaven. Annen relevant litteratur om makt og medisinske maktstrukturer er også brukt for å belyse temaet.

Ved å stille spørsmål til teksten jeg leser og arbeide ut fra en problemstilling, bærer metoden jeg benytter meg av elementer av en dialektisk hermeneutisk litteraturstudie. Med dialektikk menes at en tanke gjerne settes frem på grunnlag av andre tanker som er fremsatt før. Men straks en tanke fremsettes, vil den motsies av en ny tanke. Slik oppstår det spenning mellom to motsatte måter å tenke på. Denne spenningen oppheves ved at det fremsettes en tredje tanke som tar vare på det beste i begge standpunktene.

Ved å følge normer for kildegransking og litteraturhenvisning, samt bruk av sitater, gis leseren muligheter til å etterse mine tolkninger og bruk av sentrale teorier. Mitt mål er ikke nødvendigvis at leseren skal være enig i alle mine tolkninger, men at leseren skal kunne bedømme hvorvidt de er logiske og sannsynlige (Lincoln og Guba 1985).

Elektroniske søkemotorer er i dag uerstattelige når man ønsker å øke sin kunnskap om hva som foregår av forskning på ulike felt. Jeg har gjort systematiske søk etter vitenskapelige og fagfellevurderte artikler om moralsk stress og samarbeidsforhold mellom sykepleiere og leger. Vedlagte søkehistorikk (Jf., s. 114) viser de fem artikler som er mitt datamateriale ut fra systematisk søking. . De fem artiklene beskriver studier utført på sykehus, men ikke fra operasjonsavdelinger. Moralsk stress i forhold til samarbeid mellom leger og sykepleiere er et begrep som kan overføres til situasjoner uavhengig av avdelinger og funnene i studiene er lett gjenkjennbare i eksemplene fra operasjonsavdelingene.

Materialet jeg fant ved disse søkene gjør denne oppgaven vitenskapelig i den forstand at søkene viser hva som er publisert om temaet i relevante og anerkjente tidsskrifter og databaser. Søkene er transparente og kan etterprøves. Systematisk søking og transparent søkehistorie hindrer at jeg finner og kun velger ut artikler som bekrefter min forforståelse

Inklusjonskriteriene var at artiklene måtte være fagfellevurderte, vitenskapelige artikler, det vil si *research article*, ikke fagartikkel eller *journal article*, og være publisert i et anerkjent tidsskrift.

Det ble gjort søk relatert til sentrale begreper i mitt arbeid. Når det for eksempel gjelder temaet moralsk stress, måtte artiklene omhandle moralsk stress eller etiske dilemmaer og hvilke forhold som kan utløse moralsk stress på sykehus: intensiv-enheter, operasjonsenheter og kirurgiske avdelinger. Artiklene måtte også omhandle samarbeidsforhold. Søket omfattet artikler utgitt mellom 1999 og 2010. Søket er begrenset til engelsk eller skandinaviske språk.

Eksklusjonskriterier var artikler som omhandler døende pasienter eller nyfødte eller premature barn fordi det sykepleiefokuset ble for spesifikt for min oppgave. Treff på artikler som gjaldt for sykepleieledere er ikke tatt med.

Artiklene som utgjør mitt datamateriale ut fra systematisk søking, blir brukt i sammenfatningen i denne oppgaven. Til tross for at jeg kun bruker fem artikler som belegg for mine vurderinger og materialet dermed er lite, kan jeg begrunne ”funn” på bakgrunn av disse artiklene. Artiklene kan vise en tendens, men ikke brukes til å generalisere.

Litteratursøket ble gjort i databasene Ovid Medline, PubMed, Svemed+. Mesh-ordene er noe ulike i de forskjellige databasene. Mesh-ordene som kom opp som erstatning for begrepet

'moral distress', ble brukt i tillegg til mine hovedsøkeord som var: "Interprofessional relations", "attitude of health personel", "nursing staff", "ethics", "moral distress".

Søket i PubMed, som inngår nederst i min vedlagte søkehistorikk, er på 12 artikler, der kun 5 artikler<sup>4</sup> kom inn under mine inklusjonskriterier.

For å finne ut hva som er publisert i Norden, gjorde jeg også direkte tidsskriftsøk, men søk i *Sykepleien* og *Vård i Norden* ga kun ett treff: Aakre (2009). Artikkelen er en fagartikkel og den er derfor kun brukt til refleksjon i denne oppgaven. Flere fagartikler er brukt til utdyping av argumentasjoner, men fagartikler ble ekskludert i søkene i de ulike databasene, fordi jeg ønsket kun å bruke vitenskapelige og fagfellebedømte artikler i det jeg ser på som mitt datamateriale.

Ved søk i *Tidsskrift for den norske lægeforening* fikk jeg ytterligere ett treff, Källemark Sporrang m.fl. (2006). Artikkelen inneholder ingen spesifikke synspunkter på samarbeid mellom sykepleiere og leger og er derfor ikke tatt med i datamaterialet. På søket i Svemed fikk jeg treff på 6 artikler der ingen går inn under inklusjonskriteriene (se, s. 19).

Referanselister og "linker" ga ytterligere tilgang på artikler, både vitenskapelige artikler og fagartikler. Jeg har hatt tilgang på studier som er gjort av andre masterstudenter og det er henvist til en upublisert masteroppgave skrevet av Tine Lien. I tillegg har kollega Nina Olsvold, som har skrevet en doktorgradsavhandling om ansvar og arbeidsfordeling i sykehus, og min veileder, Ingrid Hanssen gitt uvurderlig hjelp til å finne litteratur.

Tabell 1 viser antall treff i databasene november 2009.

Tabell 1. Antall treff i ulike databaser

Database	Søkeord	Treff	Relevante	Inkluderte	Undersøkelsen er utført i
Tidsskriftet for legeforeningen	Moralsk stress	1	0	0	Norge
Sykepleien	Moralsk stress	1	1	0	Norsk forfatter
Svemed+	Moral distress, moralsk stress, ethical environment, ethical nursing, collaboration, doctor-nurse relationship,	6	1	0	
Ovid Medline	Interprofessional Relations,	0			
PubMed	Attitude of Health personnel, Nursing staff ethics Moral distress]	12	5	5	Australia Canada USA Norge
Embase Classic		0			

acute tertiary care hospital

Pauly, B. og C. Varcoe, J. Storch, og L. Newton 2009 "Registered Nurses' Perceptions of Moral Distress and Ethical Climate",

Torjuul, K. Sørli V. 2006 "Nursing is different than medicine: ethical difficulties in the process of care in surgical units"

Sundin-Huard D. og Fahy K. 1999 "Moral distress, advocacy and burnout: Theorizing the relationships."

Zuzelo, P.R. 2007, "Exploring the Moral Distress of Registered Nurses",

## 3.0 Moralsk stress

I kapittelet vil jeg først definere og beskrive hva begrepet moralsk stress innebærer og deretter peke på hva som kan forårsake moralsk stress for så å vise hvilke konsekvenser moralsk stress kan ha for pasienter og sykepleiere. Den amerikanske filosof og professor Andrew Jametons (1984) definisjon og tenkning om moralsk stress benyttes og jeg henviser i stor grad til funnene i de fem artiklene som jeg fikk på mitt søk etter studier om moralsk stress, jf. kapittel 2.2. I fire av de fem artiklene i mitt empiriske materiale, er Jameton benyttet som kilde for definisjon og argumentasjon om 'moral distress'. tyder på at Jametons tekster er relevante å bruke når man vil belyse begrepet moralsk stress.

### 3.1 Utdyping av begrepet moralsk stress og utløsende faktorer

Ulla Schmidt (2006) hevder at etikk ofte defineres som refleksjoner over hva som er rett og galt, ondt og godt og at *moralske spørsmål og handlinger alltid inkluderer hensynet til andre for disse andres skyld*. Men det er ingen automatikk i at feil handlinger eller gale valg handler om etikk og moral. Man kan gjøre ting riktig eller galt uten at det nødvendigvis dreier seg om etikk. Det kan være praktiske problemer eller faglige problemer som fører til at man handler ukorrekt eller ikke utfører handlinger på en hensiktsmessig måte. Adferden er nødvendigvis ikke uetisk (ibid).

Moral og etikk brukes ofte om hverandre. Moral kommer av det latinske ordet *mos* mens etikk kommer fra det greske ordet *ethos*. Begge ordene betyr skikk, sedvane, bruk. Opprinnelig var det ingen forskjell på bruk av ordene, men i faglig sammenheng skiller man gjerne mellom dem, der moralen kommer først og fremst til uttrykk gjennom det vi gjør, mens etikk er moralens teoretiske grunnlag (Christoffersen 2005a, s. 14–15, Johannesen m.fl. 2007, s. 104). I denne oppgaven vil fokuset være mest på moral, altså på om man *samarbeider*, eller hvordan man kan og bør samarbeide, og om formen for samarbeid kan kalles mer eller mindre moralsk. Grunnlagsetikk eller områdeetikk er ikke hovedfokus i denne oppgaven, men vil kort bli omtalt i kapitlet 4.

#### 3.1.1 Definisjon av moralsk stress

Begrepet moralsk stress er direkte oversatt fra det engelske begrepet 'moral distress'.

'Distress' kan oversettes som nød, sorg, lidelse, bedrøvelse, bekymring eller kval (Corley

m.fl. 2005). Moralsk stress som begrep ble først identifisert i 1984 av Andrew Jameton. Han beskriver moralsk stress som “one knows the right things to do, but institutional constraints make it nearly impossible to pursue the right course of action” (ibid, s. 6). Wilkinson (1988) bygget videre på denne beskrivelsen og definerer moralsk stress på denne måten:

“Painful feelings and/or the psychologic disequilibrium that occurs when nurses are conscious of the morally appropriate action a situation requires but cannot carry out that action because of institutionalized obstacles: lack of time, lack of supervisory support, exercise of medical power, institutional policy, or legal limits”(ibid, s. 18).

Jameton sirkler inn begrepet moralsk stress ved å skjelne mellom tre forskjellige typer moralske problemer i sykehus: moralsk usikkerhet, moralske dilemmaer og moralsk stress.

### **3.1.2 Forskjellen mellom moralsk usikkerhet, moralske dilemmaer og moralsk stress**

*Moralsk usikkerhet* oppstår når man er usikker på hvilke moralske prinsipper eller verdier som gjelder eller at man ikke helt forstår hva det moralske problemet består i. Hvis for eksempel en operasjonssykepleier reagerer på behandlingen når pasienter gir uttrykk for sterke smerter ved innleggelse av thoraxdren, men ikke klarer å peke på komponentene som utgjør den tilsynelatende dårlige behandlingen, kan bekymringen være moralsk usikkerhet. Finnes det bedre muligheter til smertelindring? Hva skyldes at legene eventuelt ikke vil gi denne behandlingen? Er situasjonen uetisk fordi legen ikke gir nok smertestillende eller venter til pasienten har god smertelindring, eller er det snakk om medisinske grunner som legen ikke har formidlet til sykepleieren, eventuelt at det er vanskelig å finne en passende smertelindring? Her kan det dreie seg om en faglig vurdering legen gjør og ikke nødvendigvis hva som er rett moralsk sett. Operasjonssykepleieren kan likevel føle at noe er galt fordi pasienten uttrykker sterke smerter og det er noe som gjør henne usikker på om hun tar del i en umoralsk handling.

Ved *moralske dilemmaer* ser man to eller flere mulige løsninger på problemet, men det er vanskelig å velge mellom dem. Ved å velge den ene, utelukker man den andre. Det kan føles vanskelig å gi slipp på den ene løsningen av problemet, men det er uunngåelig fordi begge løsninger ikke kan velges (Jameton 1984), eller man er usikker på hvilken løsning som er den beste. Forskning viser til at sykepleiere hevder at inhuman behandling eller der økonomiske

hensyn synes å prioriteres mer enn god pasientbehandling, er de største årsakene til etiske dilemmaer (Sundin-Huard og Fahy 1999).

Det klassiske eksempelet på et moralsk dilemma er behandling av meget syke premature barn. Der vil man komme i et dilemma om hvor aktiv man skal være for å redde et liv som ikke ville overlevd om ikke stor innsats og behandling blir satt i gang, og der man er usikker på utfallet av behandlingen. Det er verd å undre seg over om det er riktig å redde livet for enhver pris, eller om er det bedre å la et meget sykt barn dø. Ved siden av at den aktive behandlingen kan oppleves som svært plagsom for det premature barnet, kan barnet få dårlig livskvalitet og hele familien rammes.

Et annet eksempel kan være at operasjonssykepleieren er med på å behandle en alvorlig syk pasient der en operasjon eller et inngrep kanskje påfører mennesket mange plager. Har personen fått god nok informasjon og mulighet til å benytte sin rett på medbestemmelse om behandlingen? Ut fra etiske refleksjoner kan helsepersonell komme til at det er etisk riktig ikke å behandle en person og la denne få leve eller eventuelt dø uten aktiv inngripen. Det er viktig å påpeke her at legene selvsagt har det medisinske ansvaret og bestemmer behandlingen. Men sykepleiere er opptatt av sin yrkesetikk, der det å ikke skade pasienten er et viktig prinsipp. Det samme gjelder legene, men deres vurderinger kan likevel være en annen. Refleksjoner over at den behandlingen man er med på å gi kanskje kan være mer til skade for pasienten enn til et gode, kan kjennes som et moralsk og etisk problem. Som vi skal se senere, synes ikke spørsmålet å være et tema leger og sykepleiere snakker sammen om. Når man opplever *moralsk stress*, er sykepleieren klar over hvilke moralske tiltak situasjonen krever. Det er her ikke snakk om et moralsk dilemma, der ingen av løsningene er rette eller der vi ikke kan gjøre det som er rett samtidig som vi vil gjøre noe som er galt (Christoffersen 2005a). I stedet kan tiltakene ikke utføres på grunn av institusjonaliserte hindringer.

Institusjonaliserte hindringer er beskrevet som for liten tid, mangel på støtte fra ledelsen, *utøvelse av medisinsk maktstruktur*<sup>5</sup>, institusjonens politikk eller lovfestede begrensninger (Jameton 1984). Moralsk stress oppstår altså når man vet hva som er riktig å gjøre, men institusjonelle hindringer gjør det nærmest umulig å utføre de riktige eller god handlingene. Moralsk stress påvirker sykepleieren og kvaliteten på omsorgen sykepleieren gir til pasienten (Pauly m.fl. 2009).

Opplevelse av stress kan føre til at man opplever situasjoner eller forhold ubehagelige eller uholdbare slik at man foretar endringer som kan løse opp den stressede situasjonen Stress

---

<sup>5</sup> Min kursivering

defineres gjerne ut fra tre perspektiv: fysisk stress, psykisk stress og sosialt stress (Lützen m.fl. 2003). Moralsk stress derimot reflekterer en negativ respons på problemer i miljøet som kan være vanskelig å gjøre noe med, fordi det handler om systemiske eller institusjonelle hindringer, som det vil kreve en stor innsats for å endre. Endringer kan også oppleves – eller til og med reelt være – uoppnåelige.

### 3.1.3 Økonomiske og organisatoriske påvirkninger

Det kan være vanskelig å skjelne mellom moralsk usikkerhet, moralske dilemmaer og moralsk stress. Økonomi og rammer er ikke moralsk vanskelige per se, men kan bli det hvis rammene hindrer at pasienten får den behandlingen og pleien man anser som god nok.

Sykepleierkollegaer, ledere, leger, sykehuset, pårørende, lover og fagforeninger er eksempler på personer, institusjoner eller organisasjoner sykepleiere kan møte moralske og etiske utfordringer i forhold til (Pauly m.fl. 2009).

De fleste studier av moralsk stress er blitt utført i forhold til sykepleie og sykepleiere, men moralsk stress er ikke en unik erfaring for sykepleiere. Leger, farmakologer og andre yrkesgrupper i helsevesenet opplever moralsk stress, men det er ulike faktorer som trigger utløsningen av moralsk stress hos de ulike yrkesgruppene (Kälvemark m.fl. 2007, Pauly m.fl. 2009).

Ved søk i relevante databaser fikk jeg kun to treff som omhandler norske forhold og moralsk stress (Aakre 2009, Torjuul og Sørli 2006). I studien utført av Torjuul og Sørli (2006), ble 10 sykepleiere som jobbet på en kirurgisk sengepost, spurt om hva de opplevde som mest etisk vanskelig i deres arbeid. Sykepleierne ga uttrykk for at det var mest vanskelig å svare ærlig på vanskelige spørsmål fra pasientene og stole på pasienter og pårørende når de klaget. Derne st rangerte de det som moralsk stressende når sykepleiere og leger hadde ulike meninger om pasientbehandlingen og at legene viste liten interesse for helhetlig behandling.

Opplevelsen av å ha en underordnet rolle og konfrontasjoner med legene kjentes også frustrerende og kunne føre til stress.

I den andre artikkelen, som er en norsk fagartikkel, diskuterer Aakre (2009) økte krav til effektivisering og endrede økonomiske rammer i helsevesenet som stressende faktorer. Hun tar ikke opp moralsk stress som en institusjonell faktor. Hvis vi legger til grunn at et lite norsk materiale kommer til syne ved søking etter temaet, kan det tyde på at moralsk stress ikke er et prioritert forskningstema for sykepleiere eller andre forskere i Norge. Moralsk stress synes altså så langt å være et relativt ukjent eller lite benyttet begrep i Norge, til tross for at begrepet



har vært og er mye brukt i USA og Storbritannia, land som norske sykepleiere tradisjonelt skjeler til i spørsmål angående sykepleieforskning og utvikling av sykepleie. Stress og moral er to begrep som er mye brukt innenfor norsk helsevesen, men de settes ikke sammen til begrepet moralsk stress.

Olsvold (2010) har skrevet sin doktoravhandling om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus. Olsvolds avhandlingen tar ikke moralsk stress opp i full bredde, men er likevel et av få bidrag som setter ord på begrepet moralsk stress i norsk sammenheng. Hun sidestiller moralsk stress med ansvarsstress. Ansvarsstress beskrives som situasjoner der sykepleiere føler at noe må gjøres og at man står alene, uten støtte fra de som har det formelle ansvaret. Sykepleiere blir holdt ansvarlige for kvaliteten på den omsorgen og pleien de gir, uten at de alltid blir tatt med på avgjørelser eller i etiske diskusjoner som er med på å strukturere sykepleiernes arbeid eller praksis rundt på de forskjellige sykehusene. Et eksempel kan være hvor stort antall pasienter som legges inn på sykehuset, noe som igjen påvirker sykepleieres praksis. Det kan føre til at sykepleiere må leve med at deres praksis ikke er til den enkelte pasients beste på grunn av økte effektivitetskrav (Lützen m.fl. 2003). Er økte effektivitetskrav en realitet, kan det føre til moralsk stress, men også til frustrasjoner over at pasienter ikke får optimale tilbud eller blir skrevet ut tidligere enn det som er ønskelig fordi en tvinges til å øke kapasiteten på behandlingen. Dersom sykepleiere taler pasientens sak og går i mot legenes mening, kan sykepleierens gjenstridighet føre til dårlig samarbeidsklima, noe som etter hvert kan føre til at sykepleiere utvikler moralsk stress (Sundin-Huard og Fahy 1999).

Helsepolitikk er ofte styrt av utilitarisme, der det å oppnå det mest mulig gode for flest mulig er det viktigste prinsippet. I motsetning til helsepolitikere og til dels leger, står sykepleierne ansikt til ansikt med den enkelte pasient daglig og over lengre tid. Nærheten til pasienten skaper et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee 1971/2001) med opptatthet av den enkelte, noe som gjør at sykepleiere lett føler seg ille til mote hvis deres handlinger eller passivitet overfor pasienten går på bekostning av det som anses som god sykepleie (Torjuul og Sørli 2006). Mange sykepleiere styres av altruisme, uselvisk nestekjærighet, og ser den enkelte pasients sårbarhet. Altruismen blir vanskelig å leve opp til i praksis når man må ta ”snarveier” eller la ting være ugjort fordi arbeidssituasjonen ikke gjør det mulig å dekke den enkelte pasients behov. Til tross for institusjonaliserte og/eller institusjonsrelaterte hindringer blir sykepleiere holdt – og holder gjerne også seg selv – personlig ansvarlig for å holde et godt nivå på pleie- og omsorgsarbeidet som blir utført. Sykepleierne vet ofte hva som både faglig

og moralsk sett kunne blitt gjort bedre for pasienten, men når de ikke får utført det som anses som best, kan det føre til psykisk ubalanse eller stress (Lützen m.fl. 2003).

### 3.1.4 Initialt og reaktivt moralsk stress

Jameton (1984) skiller mellom innledende initialt moralsk stress og reaktivt moralsk stress.

*Initialt moralsk stress* kjennetegnes ved at personen kjenner frustrasjoner, sinne eller engstelse når han eller hun står overfor institusjonaliserte hindringer eller konflikter som omhandler verdier. Verdikonfliktene kan dreie seg om å verne pasienten mot skade, hindre komplikasjoner av sykehusoppholdet og opprettholde helende psykologiske omgivelser (Lützen 2003).

Eksempler på institusjonelle hindringer er der sykepleiere føler at deres stemme ikke blir hørt i forhold til smertebehandling (Lien 2009, Rice m.fl. 2008), eller at sykepleiere har annen oppfatning enn legene av hva som er den beste behandlingen for pasienten. Likeledes hvis sykepleiere føler at de ikke involveres i viktige beslutninger rundt pasienten på grunn av institusjonens organisering, kan det kalles institusjonelle hindringer. Andre eksempler er når sykepleiere ikke klarer å gi optimal pleie på grunn av sosiale konflikter, samarbeidsproblemer, ulike kulturelle verdier, press for å holde en stram økonomi, nedbemanning av sykepleiere eller dårlig smertebehandling. Disse konfliktene kan føre til initialt moralsk stress (Pauly m.fl. 2009, Torjuul og Sørli 2006, Corley 2002, Sundin-Huard og Fahy 1999, Jameton 1984). Moralsk stress er altså følelsen av ubehag, sinne, stress eller frustrasjon man kan føle når man står midt i en krevende situasjon og vet hva som burde gjøres, men man blir hindret i å utføre det man anses som best.

*Reaktivt moralsk stress* oppstår når personen ikke gjør noe med det første, initiale stresset.

Hvis sykepleiere gang på gang må velge andre tiltak enn det de mener er riktig og opplever at handlingene ikke er best for pasienten, men kanskje er best for legen, organisasjonen eller for samfunnet som helhet, vil de situasjonene kunne føre til reaktivt moralsk stress. Hvis reaktivt stress oppleves over tid, kan det føre til fysiske og psykiske reaksjoner som tap av appetitt, søvnløshet og mareritt (Lützen 2003), og i noen tilfeller ønsker ikke sykepleiere som opplever reaktivt stress å fortsette i jobben fordi de finner stresset de utsettes for alt for belastende (Rice m.fl. 2008).

### 3.1.5 Dårlig samarbeid - en institusjonell hindring

Alle forskerne i de fem inkluderte artiklene (Pauly m.fl. 2009, Rice m.fl. 2008, Zuzelo 2007, Torjuul og Sørli 2006, Sundin-Huard og Fahy 1999) i mitt datamateriale finner at sykepleiere oppgir institusjonelle hindringer som begrunnelse for sin opplevelse av moralsk stress. Kun en studie (Pauly m.fl. 2009) av fem finner at institusjonelle hindringer ikke er en utløsende årsak til utvikling av moralsk stress hos sykepleiere. De fire resterende studiene (Rice m.fl. 2008, Zuzelo 2007, Torjuul og Sørli 2006, Sundin-Huard og Fahy 1999) påviser sammenheng mellom kvaliteten på samarbeidet mellom sykepleiere og leger og utvikling av moralsk stress hos sykepleiere.

Som et eksempel på funn om moralsk stress vil studien utført av Zuzelo (2007) i USA omtales nærmere<sup>6</sup>. Studien beskriver graden av moralsk stress som erfares i forbindelse med klinisk praksis erfart av 100 sykepleiere. Frekvensen og intensiteten på antall hendelser som førte til moralsk stress ble registrert. I tillegg ble hvilke ressurser som ble benyttet av sykepleiere når de ble konfrontert med stressende etiske dilemmaer, undersøkt.

Dataene ble registrert på en 'Moral Distress Scale' som er blitt brukt også i tidligere studier. Zuzelo (2007) oppdaget at sykepleierne følte moralsk stress når det ble vanskelig å ta beslutninger på grunn av konflikt mellom ulike etiske prinsipper. Slike etiske konflikter oppstod som oftest i forbindelse med det som forskeren omtaler som institusjonelle hindringer, så som for lite ressurser i forhold til det arbeid som skulle utføres og strukturelle spørsmål som gjaldt pleien til pasienten der sykepleierne ikke fikk gjort det de mente var best for pasienten. er klare institusjonelle rammemessige hindringer, men Zuzelo dokumenter også at sykepleierne som deltok i studien følte at de var underordnet legene i etiske konfliktsituasjoner og at deres stemme ikke ble hørt. De ble opprørte fordi deres kliniske dyktighet ble ignorert og pasientens situasjon kunne bli forverret. Moralsk stress kunne føre til en dårligere utført sykepleie og i enkelte tilfeller også dårligere forhold for pasientene (ibid).

Det er altså ikke kun de "vanlige" og mest omtalte institusjonelle hindringene som økonomi og effektivitetsspørsmål som gir sykepleiere følelse av moralsk stress. Vanskelige samarbeidsforhold og følelsen av at deres faglige kompetanse blir oversett er også viktige faktorer for utvikling av moralsk stress i tillegg til at det reduserer kvalitet på sykepleien.

---

<sup>6</sup> se for øvrig tabell over studiene i vedlegg 2, s.114

### 3.1.6 Har sykepleiere en fagspesifikk moral?

Det er ikke slik at enkelte yrkesgrupper, for eksempel sykepleiere, er eksperter på etikk og moral eller er de eneste som kan føle avmakt på grunn av moralsk stress eller har enerett på begrepet. Lege Sofia Kälvemark Sporrang m.fl. (2006) hevder at selv om utbredelsen og årsakene til moralsk stress har blitt mest undersøkt blant sykepleiere, oppleves de moralske problemene like utfordrende uavhengig av hvilke profesjon man tilhører.

Alle må kunne stå inne for sine moralske handlinger og avgjørelser, og sykepleiere blir opplært i etisk teori og praksis slik at de utvikler en fagspesifikk moral (Martinsen 2003b, s. 94). Martinsen hevder at slik etisk kompetanse innebærer at man vet hva man skal ta stilling til i ulike etisk vanskelige situasjoner og at denne vurderingsevnen er innleiret i de ”gode sykepleierholdningene”. Hun påpeker, i likhet med Løgstrup at våre vurderinger ikke må stivne i prinsipper, men inneholde barmhjertighet og medmenneskelighet.

Dersom vi går ut fra at Martinsen (2003b) har rett i at sykepleiere har en fagspesifikk kompetanse relatert til moral, burde det være naturlig og riktig at sykepleiere som er de som står pasienten nærmest eller ”bedside”, blir hørt i etiske og moralske avgjørelser vedrørende pasienter. Hvis ulike vurderinger i etiske situasjoner mellom profesjoner gjør at sykepleiere ikke føler at de gjør det beste for pasienten, eller sykepleiere enten konkret utfordrer leger fordi de er uenige i den medisinske behandlingen de forordner kan de komme i psykisk ubalanse fordi de føler at de ikke får gjort godt nok arbeid for pasienten på grunn av den medisinske utøvelse forankret i makt fra legenes side. Likeledes kan de erfare stress når legene ikke er tilgjengelige for råd og diskusjon og legene ikke er like interessert i helhetlig behandling som sykepleierne (Kälvemark Sporrang 2007, Torjuul og Sørli 2006, Lützen m.fl. 2003, Sundin-Huard og Fahy 1999). Som antydnet i det foregående, forekommer det tilfeller der sykepleiere ikke blir lyttet til av legene når de formidler viktige observasjoner eller forhold om pasienter. Denne svikten i samarbeidet har fått alvorlige konsekvenser for pasientene (Sterchi 2007, Rosenstein 2005, Thomas 2003).

Ceci (2004) spør hvordan det kan ha seg at sykepleiere ikke blir hørt når de sier i fra om alvorlige hendelser. Hun dokumenterer at da 12 barn døde under eller like etter hjerteoperasjoner, stilte sykepleierne spørsmål ved om kirurgene kompetanse ved hjertekirurgi og de uttrykte bekymringene til sine overordnede. Sykepleierne ble møtt med at deres bekymring var emosjonell og at det var naturlig å kjenne sorg når barn dør, mens deres

faglige ankepunkter ikke ble tatt på alvor da de kritiserte kirurgene. Sykepleiere fikk senere medhold i at kirurgene hadde gjort feil og at pasientenes behandling ble dårligere fordi man ikke hadde hørt på sykepleierne på et tidlig tidspunkt.

Ceci (2004) beskriver dermed svært alvorlige situasjoner som fikk fatale utfall for pasientene. Mange situasjoner får ikke så alvorlige konsekvenser for de som utsettes for behandling, men de eksemplene på samarbeidsforhold som framkommer i to studentlogger gjengitt senere i denne oppgaven, viser situasjoner der sykepleiere opplever stress og sinne (se s. 44 og 77).

### **3.1.7 Samarbeid og støtte ved etiske utfordringer**

Sundin-Huard (2001) avdekket at sykepleiere og leger vanligvis ikke samarbeider om forhold som utgjør etiske utfordringer i akuttavdelinger. Sykepleiere rapporterte at de følte moralsk stress fordi pasientene ble behandlet som objekter på grunn av institusjonelle krav. Pasienters lidelse på grunn av smerter eller dårlig smertebehandling, eller avslutning av behandling uten at sykepleierne fikk ta del i beslutningsprosessen, samt liten respekt for pasienters ønsker om behandling, var også årsaker til frustrasjon og gjorde at sykepleiere opplevde maktesløshet. Hvis sykepleiere ikke kan tale pasientens sak fordi de frykter represalier fra ledelsen, kan også det føre til moralsk stress (ibid). Det er veldokumentert at såkalte ”varslere” kan oppleve ulike typer represalier. Varsling vil bli mer omtalt på side 71.

Andre aspekt ved opplevelsen av moralsk stress er at sykepleiere ikke alltid støtter hverandre. Sykepleiere støtter hverandre i liten grad i selve situasjonen i de etiske utfordringer som kommer fram i loggene på side 44 og 77. støtte fra kollegaer og ledere i etterkant av vanskelige situasjoner er erfaringsmessig tilfeldig, det finnes ikke systemer for evaluering eller debriefing. Det er derfor tilfeldig hvilken respons sykepleiere får når de opplever vanskelige situasjoner og dermed fratas muligheten for utvikling av bedre handlingsalternativ ved en lignende situasjon.

I tillegg fant Olsvold (2009) at sykepleiere som opplevde konflikt med leger angående pasienters pleie erfarte at deres fagorganisasjon ikke tok problemene på alvor og de møtte motvilje når de ønsket å lage avtaler med legene for å snakke om problemene. Dessuten fikk ikke sykepleiere adgang til sykehusenes etiske komiteer. Slike forhold kan gjøre at problemene blir uløselige for sykepleierne (Baggs m.fl. 1999).

### 3.2 Hvilke konsekvenser moralsk stress kan ha for pasienter og sykepleiere

Flere studier viser at når sykepleiere og leger samarbeider godt, forbedrer samspillet mellom leger og sykepleiere pasientens totale utfall av behandlingen og pleien (Sterci 2007, Baggs m.fl. 1999). I motsatt fall kan dårlig samarbeid gi dårligere forløp i sykehus for pasientene og pasientsikkerheten kan være truet hvis samarbeidet ikke fungerer (Sterci 2007, Torjuul og Sørli 2006). Makary m.fl. (2006) diskuterer i sin studie at funn kan tyde på at operasjonssykepleierne vegrer seg mot å si i fra om viktige forhold som kan sette pasientsikkerheten i fare, på grunn av at de har erfaringer med at det er vanskelig å bli tatt alvorlig av kirurgene i det tradisjonelle sykehushierarkiet. Samarbeidsforholdene beskrevet i logg 1 og 2 (side 44 og side 77) er eksempler på svikt i pasientsikkerheten. Forholdene er ikke minst alvorlig for pasientene, men får også konsekvenser for sykepleieres opplevelse av sin egen arbeidssituasjon. Gode samarbeidsforhold bedrer opplevelsen av jobbtilfredsstillelse og minsker sykefraværet (Hamric og Blackhall 2007, Thomas m.fl. 2003). Helsepersonalets opplevelse av trivsel og bedret helse er gode grunner til at samarbeidet mellom leger og sykepleiere burde anses som en viktig faktor for god sykehusdrift og en ressurs for ledelsen på alle nivåer i institusjonen.

Doktor i medisin Thomas, fant sammen med doktorene i filosofi Sexton, Helmreich og Robert (2003), i sin studie at helsearbeidere fra en lavere plassering i hierarkiet enn leger ofte ikke blir spurt etter informasjon. Likeledes ble forslag til behandling gitt av sykepleiere ikke tatt godt i mot av legene. Lite faglig aksept og lav etterspørsel etter faglig informasjon kan som vi har påpekt tidligere utløse moralsk stress. Dårlig samarbeid kan ikke bare *føre til* moralsk stress, moralsk stress kan også tenkes å være *et resultat av* dårlig samarbeid. Forhold som utløser moralsk stress fremmer ikke sykepleiernes samarbeidsvilje i det de for eksempel ikke sier i fra om viktige pasientsikkerhetstiltak fordi de har erfart at deres informasjon/forslag til pasientens beste ikke blir tatt alvorlig (Makary m.fl. 2006, Thomas m.fl. 2003). Hvis sykepleiere erfarer at de blir oversett over tid vil deres evne og vilje til samarbeid bli mindre. Mulige årsaker til at sykepleiere kommer opp i etiske og moralske klemmer på grunn av samarbeidsforhold med leger, vil bli utdypet i kapittelet om makt side 41 -74.

## 4.0 Oppgavens etiske grunnlag

I denne oppgaven er det to utfordringer som blir mer fremtredende enn andre: den etiske fordring operasjonssykepleierne står i overfor pasienten, og det tverrfaglige samarbeid som skal utføres med leger. Eksempelene som vil bli diskutert i forbindelse med etikk og moral i denne oppgaven, vil i stor grad handle om forhold på operasjonsavdelinger, til tross for at enkelte deler av oppgaven også innbefatter sykepleiere som arbeider i intensiv enheter og kirurgiske avdelinger.

Utfordringene reiser spørsmålet: hvordan skal vi gå fram i valget mellom flere handlingsalternativ for å avgjøre hva som bør gjøres? Problemet kan forstås og diskuteres ut fra mange etiske synsvinkler. Etikk dreier seg i stor grad om skjønnsmessige vurderinger og poenget med etiske teorier er at de kan klargjøre og støtte slike skjønnsmessige vurderinger. Det er imidlertid ikke slik at vi kan finne fasitsvar på våre etiske og moralske vanskelige spørsmål, men vi kan finne ut hva som ut fra visse etiske teorier er et handlingsalternativ og en begrunnelse som er bedre enn andre (Vaags 2004).

I kapitlet vil jeg gi et omriss av ulike etiske prinsipper og teorier kun for å plassere oppgaven i et etisk landskap. Derneft vil jeg begrunne hvilke begrep som synes å støtte (operasjons)sykepleierne best i de moralsk stressende situasjoner der tverrfaglig samarbeid er viktig for god pasientomsorg, men fungerer dårlig.

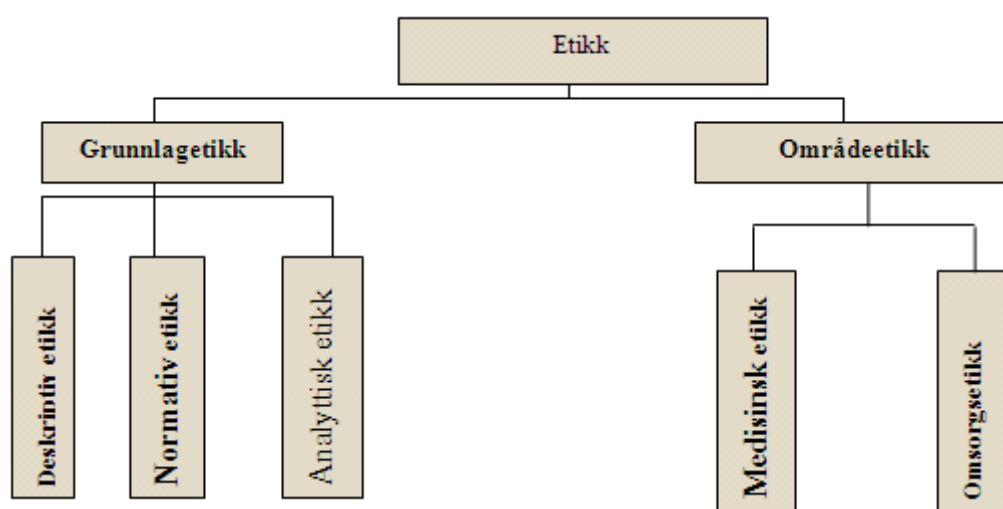
For å forklare og fremstille hva som ligger til grunn for sykepleiernes handlinger, beskrives vekselvirkningen mellom teori og praksis som utgjør det man kan kalle sykepleiernes dømmekraft. I tillegg vil jeg utdype profesjonsutøverens forhold til pasienten ved å bruke den danske filosof Knud Ejler Løgstrup (1905–1981) sitt begrep ”Den etiske fordring” (Løgstrup 1991) og dermed tydeliggjøre det etiske grunnlaget i oppgaven.

Etikk kan sies å være systematisk refleksjon over moralsk adferd. Etikk er dermed moralteori (Molven 2006). Ulike forfattere (Vaags 2004, Ruyter m.fl. 2007) deler inn etikkbegrepet noe ulikt. I denne oppgaven har jeg valg Vaags oversikt og inndeling – uten å ta stilling til diskusjonen mellom forfatterne fordi ulik oppfatning av mulige måter å dele inn etikk på ikke er tema for oppgaven.

Innen grunnlagsetikken skiller man mellom analytisk, deskriptiv og normativ etikk.

Områdeetikken skiller mellom medisinsk etikk og omsorgsetikk (Vaags 2004). Analytisk etikk, eller metaetikk, består i å belyse og vurdere etiske utsagn, prinsipper og teorier og prøve deres gyldighet. Deskriptiv etikk kan forstås som hvordan etikken faktisk er blant

menneskene. Normativ etikk angir hvordan folk bør eller skal handle og denne etikken kan deles inn i en prinsipiell del og en spesiell del. Den prinsipielle normative etikken består av å klarlegge verdiene som ligger til grunn for etikken. Den spesielle normative etikken omfatter hvordan man konkret tar stilling til hva som er moralsk rett i de ulike situasjonene. Den normative etikken er igjen delt opp i fem etiske grunnformer: deontologisk etikk (pliktetikk), teleologisk etikk (konsekvensetikk eller nytteetikk), dydsetikk, omsorgsetikk og nærhetsetikk. Områdeetikken drar veksler på den normative etikken, men områdeetikken er den delen av etikken hvor de etiske teoriene kommer til uttrykk innenfor ulike fagfelt eller profesjoner, det er her etikken får sin praktiske betydning (Ruyter m.fl. 2007).



Figur 1 Skillet mellom grunnlagsetikk og områdeetikk (Vaags 2004, s. 12)

Diskusjonene og argumentasjonene i denne oppgaven vil dreies rundt normativ etikk og områdeetikk.

En viktig retning innen den medisinske etikken er den såkalte fireprinsippetikken (Ruyter m.fl. 2007). Fireprinsippetikken er av grunnleggende karakter i pasientbehandling og de bygger på FNs menneskerettigheter fra 1948 (Helgesen 2009). Menneskesynet tilsier at ”menneskeverdet er absolutt og ikke relativt, det er for eksempel ikke avhengig av ytre eller indre kjennetegn eller av hva personen yter” (Molven 2006, s. 67).

Ut fra grunnleggende menneskesynet har man utledet fireprinsippetikken:

*Rettferdighetsprinsippet* som er en gruppe normer for å fordele nytte, risikoer og kostnader på en rettferdig måte, *autonomiprinsippet* som er en norm for å respektere personers



beslutningsevne, *ikke-skadeprinsippet* som er en norm for å unngå å forårsake skade på pasienten og *velgjørenhetsprinsippet* som er en gruppe normer for tilveiebringe nytte og balansere nytte mot risiko og kostnad (Beauchamp og Childress 2009). De etiske grunnprinsippene kan hjelpe helsepersonell til å sortere ut hva man må gjøre i bestemte situasjoner og hva som kan synes rett og galt, godt og ondt.

Ikke-skadeprinsippet og velgjørenhetsprinsippet er mye benyttet i begrunnelsene for operasjonssykepleierens funksjons og ansvarsområder og det er disse to prinsipp som vil bli vektlagt i denne oppgaven. Prinsippene kan synes å gå noe over i hverandre, men distinksjonen er at fra å ikke forvolde andre (pasienten) skade, er velgjørenhetsprinsippet mer positivt formulerte ved at man skal bidra til å øke deres velferd og søke å gjøre det beste for dem (ibid). Ikke-skadeprinsippet kan virke som et minstemål ved at man skal unngå å påføre pasienten ytterligere belastninger eller skade mens med velgjørenhetsprinsippet forventes det at man aktivt skal gjøre det man kan for å øke velferd, velbehag, helse og gjøre det beste man kan for pasienten.

En stor del av operasjonssykepleiernes arbeid består i å ta ansvar for å ivareta pasientens sikkerhet på operasjonsstua. Sikkerheten ivaretas ved å forebygge skader som kan oppstå peroperativt, for eksempel opprette og opprettholde tilliten til pasienten for å forhindre og redusere angst, smerte og lidelse, klargjøre, kontrollere og bruke medisinteknisk utstyr for å bistå kirurgen, men også for å redusere risikomomentene ved bruken av utstyret. Blant andre viktige profylaktiske arbeidsoppgaver er å hindre infeksjoner, hindre trykk-, strekk- og nerveskader, og hindre uønsket hypotermiutvikling hos pasienten (Temahefte 2008).

Her kan man si at operasjonssykepleierne arbeider ut fra ikke-skadeprinsippet. Samtidig vil mye av arbeidet også kunne sies å være utført i henhold til velgjørenhetsprinsippet i det operasjonssykepleierne ofte søker å gjøre det som pasienten kan oppleve som tillitsskapende eller trygt og velmenende. Faglige gode og begrunnede tiltak er for eksempel å motta barn og benytte bamser eller ballonger for å søke å oppnå kontakt, avlede og vinne barnets tillit. Ved å gi pasienten varme tepper, kan man forhindre uønsket hypotermi, men kanskje mest øke velværet og senke nervøsitet fordi andre tiltak operasjonssykepleierne utfører er mer effektive for å ivareta pasientens normaltemperatur. Måten man ivaretar pasientens integritet på ved å være nøye med å unngå blottning er også et eksempel på en blanding av ikke-skadeprinsippet og velgjørenhetsprinsippet fordi det å bli avkledd kan virke krenkende og skadelig, og det øker trygghet og tillit i situasjonen å føle at man blir vist respekt.

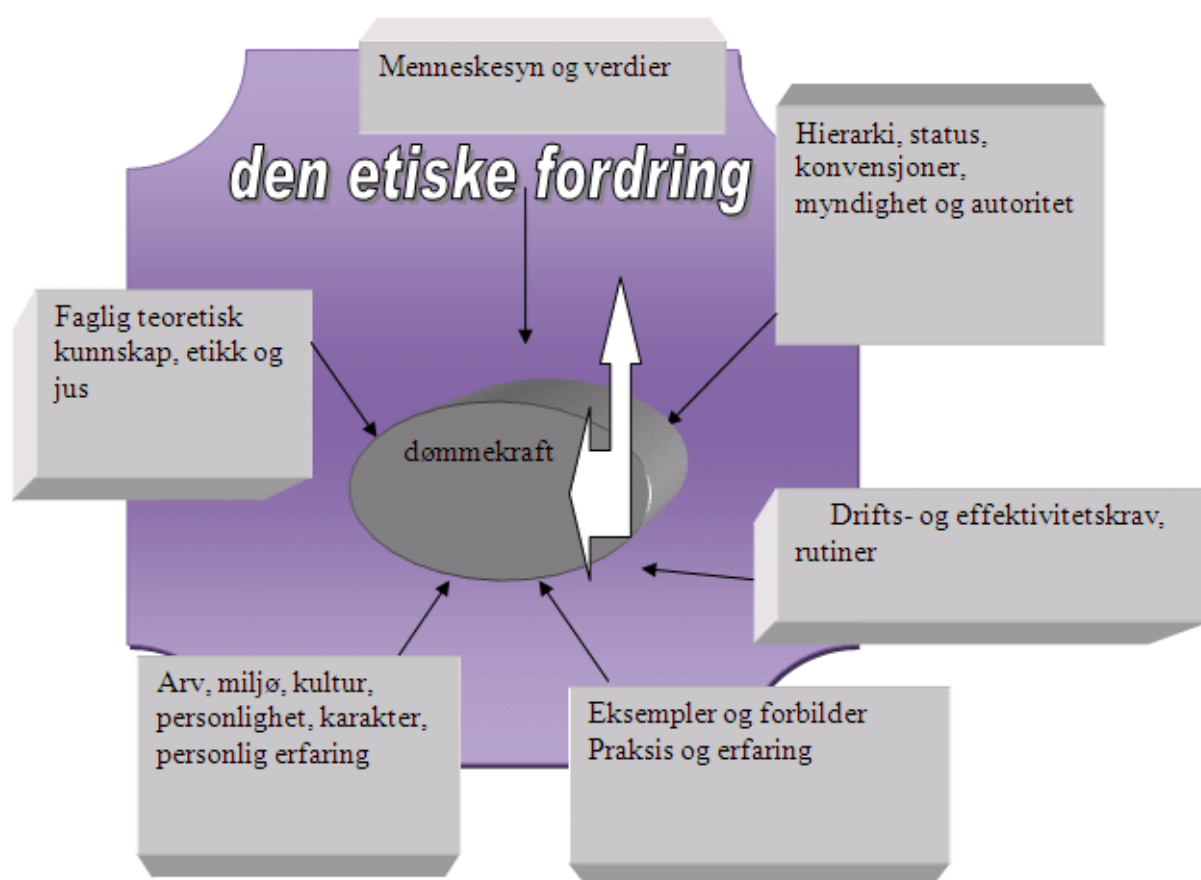
Begrepet profesjonsetikk kan belyses ut fra flere synsvinkler. Harald Grimen (2005) argumenterer for at profesjoner er kunnskapsbaserte yrkessammenslutninger med et *politisk mandat* og at profesjonsetikken må ses som en konsekvens av mandatet. Per Nortvedt (2005) hevder i motsetning til Grimen at profesjonsetikken i siste instans er forankret i forholdet mellom profesjonsutøveren og *klienten*. Jeg vil ikke gå inn i ordskiftet, men velger å legge vekt på forholdet mellom profesjonsutøveren og pasienten, fordi det fokuset vil belyse oppgavens tema best.

Etiske overveielser og bruk av etiske prinsipper påvirker sykepleieres dømmekraft. Begrepet dømmekraft vil ikke bli omtalt i full bredde her, men dømmekraft brukes for å vise kompleksiteten i de situasjoner og de valg sykepleiere kan stå i og at dømmekraft er en vekselvirkning mellom teori og praksis. Jeg har valgt å støtte meg på Svein Aage Christoffersens m.fl. (2005) syn på profesjonsetikken som dømmekraft, for å vise at etiske overveielser er teori som får betydning for sykepleieres praktiske handlinger.

Christoffersen hevder at etikk kan fortone seg som en form for logikk fordi det gjelder å finne den logiske sammenhengen mellom premisser og konklusjoner eller avdekke mangelen på logiske sammenhenger. Praktisk dømmekraft handler imidlertid om mer enn logikk, den er også forankret i yrkesutøverens praksis og de erfaringer man gjør i omgang med andre mennesker. Christoffersen deler dømmekraft opp i ulike fenomen: menneskesyn og verdier, faglig kunnskap inkludert etikk, yrkeserfaring, personlig erfaring og karakter, konvensjoner og rutiner, eksempler og rutiner. Christoffersens m.fl. figur (2005, s. 74) om dømmekraftens kilder er bearbeidet i Figur 2 side 35, og flere fenomener er lagt til: hierarki, autoritet, status, myndighet, jus, arv, miljø, personlighet, drifts- og effektivitetskrav, for å få fram hva som kan påvirke dømmekraften med tanke på denne oppgavens tema. I tillegg er begrepet *den etiske fordring* satt inn som bakteppe for å synliggjøre at dømmekraften påvirker hvordan vi oppfatter den etiske fordring og vise versa. Forholdet mellom den etiske fordring og dømmekraften utdypes i den kommende teksten.

Man kan se på dømmekraft på følgende måte: "Dømmekraft er en form for klokskap der en rekke forskjellige evner og egenskaper er i sving, den er ikke følelsesmessig, men en intellektuell prosess, selv om også følelser inngår i prosessen" (Christoffersen 2005, s. 72). I tillegg til at det er en intellektuell prosess som påvirkes av de fenomen Christoffersen har satt opp, kan man se at ytre påvirkninger på arbeidsplassen som hierarki, effektivitetskrav og drift vil kunne påvirke hvordan man velger å handle i den enkelte situasjon. Hvilke handlinger som

velges vil også være avhengig av personens tidligere påvirkninger som arv, miljø og personlige erfaringer som har formet personligheten.



Figur 2. Fenomener som påvirker dømmekraften  
(Omarbeidet etter Christoffersens m.fl. (2005) sekskant om dømmekraftens kilder)

Alle dømmekraftens kilder vil påvirke hvordan man oppfatter den etiske fordring og hva man gjør med fordringen. I tillegg kan man tenke seg at svikt i påvirkningen eller negativ påvirkning fra fenomenene i hver bolk i figur 2 vil kunne være med på å svekke eller bryte forbindelsen inn til dømmekraften. For eksempel kan et stort press på drift og effektivitetskrav påvirke dømmekraften på en slik måte at man ikke oppfatter den etiske fordringen fra pasienten på samme måte som man ville gjort under andre arbeidsforhold. Likeledes kan mye negativ oppmerksomhet rundt hierarki, status og autoritet ha negativ påvirkning på personers dømmekraft fordi fokuset blir dreid bort fra pasientens behov.

Samtidig vil den etiske fordringen kunne påvirke dømmekraften ved at vi erkjenner dens eksistens.

I følge Svein Aage Christoffersen, som har skrevet forordet til Løgstrups bok ”Den etiske fordring” utgitt på norsk i 1991, gir Løgstrup oss en alternativ måte å tenke etisk på. Boken kan synes å være en kritikk av etiske teorier og normer, fordi Løgstrup hevder at vi mennesker er så avhengige av hverandre og så innvevd i hverandres liv at vi hele tiden har noe av hverandres liv i vår hånd, dermed kan det synes som om normer og teorier ikke rommer hele det etiske bildet. Mennesket er nødt til å finne en forankring for etikk og moral i sitt eget sinn, og altså ikke kun bli styrt av ytre regler.

Løgstrup står for en ontologisk<sup>7</sup> eller tilværelsens egenartede situasjonsetikk og denne etikken har sammenheng med en fenomenologisk etikk. At Løgstrup hører hjemme i det vi kaller fenomenologisk tradisjon betyr at han var opptatt av fenomener i den allmennmenneskelige livserfaring som han mener kan danne grunnlaget for en etisk teori (Christoffersen 2005). Man kan tolke Løgstrup (1991) slik at alle mennesker er avhengig av hverandre og at den etiske fordring ikke springer ut fra en kristen tro, men ligger til selve livet. Løgstrup var teolog og hans etikk er en kristen etikk, men Løgstrup hevder i følge Christoffersen (i Løgstrup 1991, s. 16) at begrepet ”den etiske fordring” er forankret i de livsvilkår som er felles for alle mennesker, uansett hvilke livssyn man har.

Løgstrups (1991) begrep ”den etiske fordring” henger sammen med den makt vi har over hverandre, uavhengig av kontrakter og det vi gjensidig har lovet hverandre. Den etiske fordring utfordrer oss ganske enkelt til å hjelpe den andre. Som vi har vært inne på i kapitlet om makt, vil det alltid være slik at den ene har mer makt over den andre i situasjoner mellom mennesker. Løgstrup hevder at makten kan være ubevisst (utdypes i kapittel 5), men han sier også at det er umulig å unnslippe det å ha makt over det andre mennesket vi har med å gjøre. Samtidig er vi mennesker avhengige av hverandre for at våre liv skal lykkes. Denne avhengigheten kaller Løgstrup for *interdependens*.

Løgstrup legger vekt på møtet med den andre. Løgstrup hevder at vi er vi er ”forviklet i hverandre” og han hevder at tillit er et grunnleggende menneskelig vilkår (ibid). Henriksen og Vetlesen (1997) sier at våre moralske intuisjoner, begreper og prinsipper er uløselig knyttet til vår erfaring med det å være et menneske blant mennesker. Den moralske fordringen møter oss straks vi møter et annet menneske. Ingen har bestemt at det skal være slik at ansvar for den

---

<sup>7</sup> ontologisk -; som angår ontologien; *det ontologiske (guds)bevis* slutning om Guds eksistens ut fra det syn at hvis Gud er fullkommen (og det er han), så må han eksistere – ellers ville han ikke vært fullkommen

andre hviler på oss, men som de sier videre, har vi heller ikke valgt at vi mennesker skal være sårbare og trengende. Det er disse fenomenene i vår tilværelse, som vi ikke har valgt, som gir ansvaret og omsorgen for hverandre.

Løgstrup (1991) sier at etikken bygger på livsytringer som tillit, barmhjertighet og sannferdighet og at mennesker møter hverandre normalt sett med tillit. Tilliten gjelder ikke bare overfor mennesker vi kjenner godt, men også mennesker som er fremmede for oss og som vi møter tilfeldig. Han hevder at det skal spesielle omstendigheter til for at vi møter andre med mistillit, det må da være noe i situasjonen som gjør at vi får grunn til å føle mistillit. Det å vise tillit betyr at man utleverer seg selv. Løgstrup (1991, s. 39) sier:

”Tilliten er ikke opp til oss. Den er gitt. Livet vårt er nå en gang uten vår medvirkning skapt slik at det ikke kan leves på annen måte enn at det ene mennesket utleverer seg og legger mer eller mindre av seg selv i et annet menneskes hånd i vist eller ønsket tillit”.

Når operasjonspasienten lar sykepleiere og leger få ta over ansvaret for ham/henne perioperativt<sup>8</sup>, fordi pasientene ikke lenger har nødvendig styrke eller kunnskap til å ivareta seg selv, viser pasienten helsepersonellet den tillit at ansvaret for hans/hennes liv overlates til dem. Når vi alle under normale omstendigheter utleverer oss selv i tillit, er vi også alltid under hverandres makt. Den vi møter kan som sagt misbruke vår tillit. Slik er ethvert møte mennesker imellom en form for blottstilling (Ibid, s. 18–19). Tilliten kan etter hvert – i takt med våre erfaringer – stå i fare for å bli undertrykt. Men i utgangspunktet er det tilliten som er naturlig.

Det kan synes som om Løgstrups begrep ”*den etiske fordring*” passer generelt godt inn for sykepleiere og spesielt for operasjonsteamet fordi i det teoretiske begrepet ligger utfordringen i det å ”Ta vare på det av din nestes liv som ligger i din hånd” (Løgstrup 1991, s. 39) noe som blir helt konkret under operasjoner når pasienten i tillegg til hjelp med sykdommen som krever en operasjon dermed også trenger hjelp med de helt grunnleggende behov som respirasjon, eliminasjon og sirkulasjon, for reelt sett å holdes i live.

Den etiske fordring er taus. Det betyr at fordringen ikke inneholder krav verken fra pasienten eller samfunnet. Fordringen krever at vi skal ta vare på vår neste. Løgstrup (1991) hevder at fordringen ikke er ensbetydende med ønsker eller krav fra den andre. Det er forskjell på den

---

<sup>8</sup> Perioperative care is the care that is given before, during and after surgery (Rothrock 2007)

utfordring som ligger i ethvert forhold mennesker imellom og den andres uttalte krav, ellers ville våre liv gå ut på å være prisgitt hverandre. Fordi fordringen er taus må den enkelte selv finne ut av hva fordringen betyr i hver enkelt situasjon. Fordringen sier ikke hva eller hvordan man skal ivareta sin neste, det må man selv ta stilling til. Imidlertid kan man ikke etter eget forgdrtbefinnende gi fordringen det innhold man selv vil. Fordringen krever innsikt, forståelse, fantasi og forstand. Som helsearbeider må man bruke faglig skjønn. Skjønn handler ikke om å følge lover og regler. Det handler om å vurdere den enkelte situasjon og bære seg ad slik at det som lover og regler skal ta vare på blir realisert. For å kunne gjøre vurderinger kreves kunnskaper, faglig innsikt og erfaringer fra komplekse situasjoner, slik at sykepleieren kan vurdere hva som er den riktige måten å handle på (Alsvåg 2007). Oftest har ikke fordringen entydige regler for hva situasjonen krever av oss, ”kravene kan bare oppfylles i skjønn, derfor forlanger de innsikt”, hevder Christoffersen (2005, s. 102).

Nettopp fordi fordringen er taus, kan vi risikere å gå i mot den andres vilje og krav. I mange tilfeller vil handlingene være til den andres beste, fordi den andre ikke selv har kunnskaper, mot eller vilje til å utføre det som er best. Likevel kan man stå i fare for å gjøre den andre urett, og Løgstrup (1991, s. 44) stiller spørsmålet om fordringen kan fremme overgrep. Situasjonen kan tolkes slik at man med god tro og god vilje ønsker å gjøre den andre vel, men man kan utføre feil handling fordi man ikke forstår bedre.

Løgstrup sier at enhver må finne svaret på hvordan man skal handle ut fra sin egne livsforståelse. Det enkelte menneske kan stå i fare for å stivne i en ideologi og det kan øke faren for at man presser sin egen livsforståelse over på andre som har en helt annen oppfatning av livet.

På en annen side kan man stå i fare for å gå til siden for hverandre for å unngå konflikter. ”Å gå til siden for hverandre” som Løgstrup (1991, s 45) beskriver det, kan gjøres ved å vise gjensidig beundring, rose, smigre eller å ”snakke andre etter munnen”. Denne formen for samvær krever lite av den enkelte og etter slik samhandling står man tilbake i ”likegyldighetens fred” (Løgstrup 1991, s.46) med hverandre. gjøres i følge Løgstrup av frykt for mennesker, av makelighet og av hang til hygge.

En annen omgangsform Løgstrup beskriver er ønsket man kan ha om å omskape den andre. Man kan ha en rekke meninger om hvordan ting skal gjøres og man kan fristes til å la disse meningene komme foran hensynet til det mennesket man har foran seg. Løgstrup legger vekt på at man ska ha respekt for den enkeltes uavhengighet og selvstendighet.

I følge Christoffersen (2005) sier Løgstrup at de spontane livsytringer kan gi oss en retning og et perspektiv for våre overveielser og handlinger slik at man kan unngå å gjøre overgrep. Ved siden av de spontane livsytringer er tillit, barmhjertighet og sannferdighet dreier det seg også om medfølelse, talens åpenhet og håp i følge Løgstrup. De spontane livsytringer og respekten for den andres uavhengighet og selvstendighet har stor betydning når vi skal lytte etter den andres fordring. Altså kan man forstå Løgstrup slik at man må lytte etter den tause, etiske fordringen for pasientens liv, og helsearbeiderne må bruke kunnskap og skjønn for å gjøre det beste for pasienten, med bakgrunn i respekt for den tillit pasienten har gitt oss. Vi må forvalte den tilliten ved å erkjenne de spontane livsytringene, og slik vil vi kunne komme på sporet av hva kravet er i den etiske fordringen. Helt konkret vil spørsmål for sykepleiere bli: hvilke handlinger skal jeg gjøre som ivaretar den tillit pasienten har gitt meg?

Til tross for at Løgstrup (1991) kan synes å være kritisk til etiske teorier og normer, hevder han at rettslige, moralske og konvensjonelle lover gir mennesker beskyttelse (jf. Lov om helsepersonell og yrkesetiske retningslinjer), og at lover og regler er nødvendige fordi det etiske livs grunnfenomen ikke er spontane velgjerninger, og vi kan alltid avgjøre i enhver situasjon om vi vil bruke makten over den andre til den andres eller vår eget beste. Løgstrup hevder at hvis man anerkjenner at våre innbyrdes forhold er maktforhold, uten å ville høre pasientens fordring, er neglisjeringen ensbetydende med at man stiller seg likegyldig til spørsmålet om hvorvidt makten skal brukes til pasientens eller til sitt eget beste. Å ikke ta hensyn til den fordringen pasienten stiller til oss kan tolkes på den måten at man har blitt likegyldig i forhold til det enkelte menneskets uerstattelighet og ukrenkelighet. I slike situasjoner kan normer og konvensjoner være til hjelp for å ta de rette avgjørelser. Løgstrup (1991, s. 77) sier at normene

”.. fyller (de) faktisk den funksjon å beskytte det andre mennesket. Og dermed kan man godt si at de på sin måte er oppfordringer om å ta hensyn til den andre. Svaret gir seg i forskjellen mellom den radikale fordringen og de sosiale normene. Den radikale fordring sier at den andres liv skal ivaretas på den måten som tjener den andre best. Noe annet eller mer sier den ikke. Hva det i den gitte situasjon måtte være, må den enkelte finne svar på i sin egen uselviskhet og livsforståelse”.

Med fare for å forenkle Løgstrups begreper kan det synes som om han her uttrykker noe av forskjellen mellom ikke-skadeprinsippet og velgjørenhetsprinsippet. Normene gir oss minstemålet helsearbeideren må arbeide ut fra for ikke å skade pasientene. Den etiske fordring er en fordring som er gitt av livet selv, og kanskje ved å følge prinsippene for

velgjørenhet kommer man nærmere den etiske fordring fordi den andres liv skal ivaretas på den måten som tjener den andre best.

Etiske overveielser og moralske handlinger kan ikke begrunnes ut fra ytre pliktetikk eller presise regler om hva som er rett og galt. Nøkkelpetanse som vil være til hjelp i vurderingene er erkjennelse av den etiske fordring og forpliktelse overfor moralske og etiske regler og kunnskaper om hvilke fenomener som påvirker dømmekraften.



## 5.0 Makt

For å forstå forholdet mellom sykepleiere og leger og utviklingen av moralsk stress som et resultat av samarbeidet, må maktforholdet mellom dem belyses og diskuteres. Det finnes mye litteratur som beskriver maktstrukturer i helsevesenet (Olsvold 2010, Martinsen 2009, Lien 2009, Mathisen 2006, Ellingsæter og Solheim 2002, Melby 1990, MacIntyre 1983).

Utfordringen er å utvikle en forståelse av hva maktstrukturer betyr for de impliserte partene, og å forstå hvilke etiske klemmer sykepleiere kan komme i når samarbeidet med leger fungerer dårlig og hvordan forholdet påvirker utførelsen av sykepleie.

Hvis det skal være mulig for oss å endre uheldige praksiser som utløser utvikling av moralsk stress på bakgrunn av dårlig samarbeid, må vi forstå hvilke strukturer vi omgis av og hvilke maktformer vi er innvevet i. Å forstå, beskrive og framheve hvilke maktformer som kan utløse moralsk stress hos sykepleiere i helsevesenet, er en komplisert og innfløkt oppgave som kan løses på flere måter. Jeg har valgt å peke på hvilke typer makt man kan observere når to yrkesgrupper samhandler.

På den ene siden kan man se makt som rettighet og som et kollektivt institusjonalisert fenomen. På den andre siden kan man se makt som individuell dominans.

Organiseringsformer, legitimitetsformer og ulike former for disiplinering blir viktig i denne maktdiskursen og jeg vil peke på noen av dem.

Sosiolog og filosof Max Webers (1864–1920) teorier om tre legitimitetsherredømer vil bli bruk for å analysere hvordan mennesket innenfor et system kan påvirke maktsituasjoner.

Sosiolog og filosof Pierre Bourdieus (1930–2002) tanker om symbolsk og kulturell makt der språk og adferd har en stor betydning vil belyses, og også Bourdieus begreper om kjønnsmakt blir drøftet. I tillegg vil samfunnsforsker og filosof Paul-Michel Foucaults (1926–1984) refleksjoner om disiplinær makt i form av kunnskap bli problematisert og drøftet. Sykepleier og filosof Kari Martinsens betraktninger om sykepleieres forhold til egen kunnskap blir også diskutert.

Som et eksempel på en maktsituasjon vil jeg presentere to hendelser beskrevet i logger av to operasjonssykepleierstudenter, men først vil jeg utdype hva som ligger i begrepet profesjon.

## 5.1 Sykepleie som yrke og profesjon sett i et maktperspektiv

I dette delkapittelet vil jeg beskrive ulike syn på hva en profesjon er og peke på generelle endringer som har skjedd i synet på ulike kriterier profesjoner må innfri. Jeg vil kort si noe om hva generelle endringer har betydd for sykepleieryrket.

Sykepleien var et yrke der yrkesutøverne lenge strevde for å få status som profesjon og de siste tiårs endringer i synet på hva en profesjon er, kan ha betydning for samarbeidet mellom sykepleiere og leger. Liten kjennskap til sykepleieryrket og gamle holdninger kan ligge til grunn for at enkelte fortsatt ser på sykepleie som en yrkesgruppe som ikke er en ekte profesjon.

Professor i etikk, Svein Aage Christoffersen m.fl.(2005), peker på tre krav som tidligere måtte innfris for å kunne være en profesjon. For det *første* måtte profesjonsutøveren ha en bestemt utdanning. Kravet til utdanningen var at den måtte være langvarig og formell. Utdanningen måtte kunne dokumenteres gjennom tilfredsstillende eksamenspapirer som viste at man var kvalifisert. Klassiske eksempler på profesjoner var lege, prest, psykolog og advokat.

Utdanningen måtte også være akademisk med grunnlag i et bestemt vitenskapsfag.

Et praktisk yrkesfag, slik sykepleie tidligere ble betraktet som, tilfredsstilte altså ikke kravene.

For det *andre* gjorde denne kompetansen personer kvalifisert til å utøve et bestemt og avgrenset arbeid. Det *tredje* som krevdes for å kunne betegne et yrke som profesjon var at man fikk en offentlig godkjenning. Offentlig godkjenning betydde at profesjoner fikk kontroll over sine ferdigheter, kunnskaper og arbeidsoppgaver og profesjonen hadde da monopol på yrkesutøvelsen innenfor sitt fag (ibid). Profesjonen hadde det som kan kalles profesjonsmakt. Problemet for sykepleieryrket var at yrket fylte noen av kravene, men ikke alle.

Sykepleierutdannelsen bygde ikke på et eget vitenskapsfag og utdannelsen bestod av for mye praksis i forhold til teori (ibid).

Kjønnsforsker Rannveig Dahle (2008) legger mer vekt på status og selvbestemmelse når hun sier at sykepleie ble sett på som en semiprofesjon, altså en halvveis profesjon. Det som tidligere skilte en semiprofesjon fra en profesjon var altså at semiprofesjoner hadde kortere utdanning, men også mindre status, deres uttalerett var mindre etablert, de hadde mindre selvbestemmelse i faglige spørsmål og mindre sosial kontroll enn ekte profesjoner. Dahles syn på profesjoner kan forstås slik at sykepleieryrket ikke i samme grad var en ekte profesjon, ettersom de ikke hadde samme råderett og jurisdiksjon (domsmyndighet) over et avgrenset kunnskapsinnhold. Dahle vektlegger at sykepleiere ikke manglet kunnskap, men en profesjonell autoritet.

Christoffersen m.fl.(2005) hevder at man har gått bort fra den klassiske måten å definere profesjoner på. Grensen mellom profesjoner og semiprofesjoner viskes gradvis ut, men kravet om utdanning med vitenskapelig grunnlag og kravet til yrkesmonopol har ikke blitt svekket. En egen profesjonsetikk er også en viktig del av yrkesgruppenes definisjon av seg selv i dag. Man har ikke kvittet seg med de klassiske kriteriene for utvikling av profesjoner, de har vært viktige grunnsteiner i det moderne synet på profesjoner. Profesjon er et honnørord som forteller oss at yrkesgruppen innfrir visse krav og at den har visse privilegier. Profesjoner har en særegen rolle i samfunnet og har et samfunnsmandat.

Sykepleiens arbeid med å utvikle sin egen vitenskap, sykepleievitenskapen, har vært viktig for å utvikle faget for å begrunne sykepleierens særegne plass innenfor helsearbeid, men også for å kunne få de privilegier en profesjon har. I følge Christoffersen m.fl.(2005) var kravet om utviklingen av egen vitenskap en viktig årsak til de endringene som er skjedd i utdanningen. Dette kan ses ved at det er innført nye fag som psykologi, pedagogikk og kommunikasjonsteori og teori har fått større plass. Sykepleien er i dag allment akseptert som en egen profesjon.

Enkelte hevder at det eksisterer en ulik rangordning innen profesjonene, med leger og ingeniører øverst og lærere og omsorgsarbeidere nederst på rangstigen (Jensen 1993). At sykepleie er en egen vitenskap, har blitt møtt med skepsis av mange, både leger og andre yrkesgrupper. Det faktum at man kan ta doktorgrad i sykepleie og i praksis ha en like lang og gradsmessig like høy utdanning som legene, er en relativt ny situasjon som man ennå ikke har sett effekten av. Så langt har de store endringene i utdanningen for sykepleiere ikke endret deres status i det hierarkiske systemet man finner ved sykehus (Ellingsæter og Solheim 2002). Det faktum at profesjonene arbeider innenfor et relativt rigid hierarkisk system som holdes ved like av ulike former for makt, kan i seg selv utløse moralsk stress.

Det er interessant å stille spørsmål ved om hvordan legeprofesjonen ser på sykepleie i dag. Det kommer til uttrykk gjennom studier som vil bli diskutert i delkapittel 6.3, der leger gir uttrykk for hva de mener om sykepleieres kunnskapsnivå og kompetanse, om sykepleiere er assistenter eller en selvstendig profesjon og i hvilken grad leger har nytte av å samarbeide med sykepleiere. Hvilket syn leger og sykepleiere har på sykepleie som profesjon vil være avgjørende for hvordan sykepleiere og leger vurderer sine respektive samarbeidsmuligheter.

De respektive profesjonenes holdninger gjenspeiles i maktformer i samarbeidet, som igjen vil ha påvirkning på utviklingen av moralsk stress.

## 5.2 Et eksempel på maktforholdet mellom sykepleiere og leger

Logg 1 fra en operasjonssykepleiestudent:

*Jeg var koordinerende<sup>9</sup> under en operasjon. Min kontaktsykepleier og jeg kom inn midtveis i inngrepet. Hun sterilt utøvende<sup>10</sup> og jeg koordinerende sammen med en annen operasjonssykepleier. Dette var et stort inngrep med tre kirurger. Det ble brukt veldig mange kompresser. Da inngrepet begynte å nærme seg slutten oppdaget vi tre (operasjonssykepleier og meg) at det manglet en kompress. Kontaktsykepleieren min sa i fra til kirurgene. De svarte at det var vi som telte feil. Vi hadde telt mange kompresser som var lagt fem og fem. Vi måtte åpne alt og telle og tømme all søppel 2 ganger. Kompressen var borte og kirurgen fikk ny beskjed, men de tok det heller ikke nå seriøst og begynte med lukkingen av operasjonsfeltet. Jeg fikk forståelsen for at operasjonssykepleierne var temmelig sikre på at den (kompressen) var i pasienten, men at deres beskjeder ikke ble tatt til etterretning.*

*Da pasienten var ferdig operert og på postoperativ avdeling ble det tatt røntgen og pasienten måtte til ny operasjon for å fjerne kompressen.*

*Jeg ble svært overrasket over at kirurgene ville lukke pasienten før kompressen var funnet. Har tidligere trodd at når man vet at noe ikke stemmer så venter man med å lukke til gjenstanden er funnet.*

*Jeg kjenner at kirurgenes ignorering av våre opplysninger og hvilke konsekvenser det fikk for pasienten er provoserende. Vi jobber i et team hvor man skal stole på hverandre og samarbeide til det beste for pasienten. Det synes jeg overhode ikke ble gjort her.*

*I tilfellet henger både det faglige og sosiale sammen. Jeg synes kirurgene viste manglende respekt for det som er en av våre viktigste arbeidsoppgaver, nemlig telling av utstyr og instrumenter. Samtidig synes jeg det var en nedlatende holdning på det sosiale aspektet.*

Utdraget fra loggen er ett enkelt eksempel på en hendelse, men eksempler i flere artikler (Ceci 2004, Sundin-Huard 2001, Sexton m.fl. 2000) og i en doktoravhandling (Olsvold 2010) og egne erfaringer tilsier at slik form for maktbruk ikke er enestående.

---

<sup>9</sup> Koordinerende operasjonssykepleier fungerer som administrator på operasjonsstua, kontakt og bindeledd mot det sterile området og tilfører instrumenter og utstyr inn i det sterile feltet.

<sup>10</sup> Sterilt utøvende operasjonssykepleier administrer det sterile felt, overvåker hygien, organiserer og distribuerer instrumenter og utstyr og tilrettelegger slik at kirurgene kan jobbe raskt, sikkert og effektivt.

Tabell 2 viser de maktformer som blir diskutert i denne oppgaven, og hvilke filosofer maktformene blir diskutert med:

Max Weber		Pierre Bourdieu	Paul-Michel Foucault Kari Martinsen
Tre legitimitetsherredømmer:		<b>Symbolsk og kulturell makt</b>  <b>Kjønnsmakt</b>	<b>Kunnskapsmakt</b>
<b>Legal makt</b> systemmakt	→ autoritetspreget herredømme		
<b>Tradisjonell makt</b> autoritetsmakt	→		
<b>Karismatisk makt</b> personlig makt			

Tabell 2. Ulike maktformer

Logg 1 beskriver en situasjon der legen bruker sin autoritet og sitt monopol – sin makt – på en måte som setter sykepleierne i en faglig og etisk klemme ved å opptre respektløst overfor dem, og mer alvorlig, respektløst overfor pasienten. Vi vil studere situasjonen i logg 1 ut fra Max Webers, Pierre Bourdieus, Paul-Michel Foucaults og Kari Martinsens tenkning om makt. Sykepleierne gjorde verbalt motstand, men slik ansvar og myndighet var fordelt i denne situasjonen, var det vanskelig å rokke ved kirurgenes autoritet. Sykepleierne ble påtvunget kirurgenes vilje ved at operasjonssåret ble lukket til tross for at operasjonssykepleierne ga beskjed om at antall kompresser ikke stemte ved opptelling. Mine funderinger er rundt hvordan de ulike aktørene valgte å bruke sitt ansvar, autoritet, makt og myndighet, og hvorfor det er blitt slik at sykepleiere og leger kan utøve, eller ikke utøve, makt på den måten som eksemplet i loggen gir.

I denne oppgaven vil Max Webers definisjon på makt bli brukt. Weber (1971, s. 53) definerer makt som ”et eller flere menneskers sjanse til å sette igjennom sin vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltagere i det kollektive liv skulle gjøre motstand”. Weber hevder at makt forekommer i alle sosiale situasjoner og at den som har størst sjanse til å få igjennom sin vilje har mest makt. Det er ikke slik at makt alltid utøves i alle situasjoner, hevder han, men i det begge parter er klar over det usymmetriske maktforholdet, har den med mest makt størst mulighet for å få sin vilje igjennom, selv før reell makt har blitt brukt.

Weber (1971) bruker begrepet herredømmet når han beskriver hvordan makt utøves. Han beskriver ”herredømme” som tallrike muligheter for å utøve makt over andre, eller ”mulighet for å påtvinge andres adferd ens egen vilje” (ibid, s. 74–75). Herredømme betraktes som identisk med det å kunne befale i kraft av autoritet. Weber deler denne forståelsen av herredømme inn i tre rene typer for herredømmer, tradisjonelt herredømme, karismatisk herredømme og legalt herredømme. Det er ikke vanlig å finne sosiale arenaer der rene formene for herredømmer forekommer, og de tre formene for herredømmer går over i hverandre også innen sykehusvesenet.

Weber (1971) hevder at autoritet skiller seg fra makt ved at autoritet inneholder et element av legitimitet, rettmessighet eller i samsvar med lov og rett, som ikke finnes i makten. Han hevder at legitimitet er en indre rettferdiggjørelse, og at det finnes tre legitimitetsgrunner for et herskerforhold. Den *tradisjonelle* legitimitetsgrunnen er at vi adlyder en bestemt person fordi det er ”skikk og bruk”, og vi er vant til at det skal være slik. *Karismatisk* legitimitetsgrunn er at vi adlyder en bestemt person på grunn av hans helt spesielle egenskaper og /eller et tilnærmet personlig forhold til ham, og *legal og rasjonell* legitimitetsgrunn er når vi adlyder personer som innehar bestemte stillinger, f.eks. leger fordi vi mener de har rett til å fatte beslutninger, en rett som er basert på forutsetningen om at systemet vi er en del av fungerer best på den måten. Det er ikke personen selv som adlydes, men lovverket.

Likeledes som Weber hevder at de ulike herredømmene ikke forekommer i rene former i samfunnet, synes andre maktbegrep å gå noe over i hverandre. Det kan for eksempel være vanskelig å skille nyanseforskjellen mellom autoritet og makt. I tillegg til vansken med å skille mellom begrep som kan bety nesten det samme, kan min oppfattelse av Webers begrepsbruk være noe ulik Norsk ordboks (2010) forklaring på de ulike begrepene. I oppgaven benyttes min tolkning av Webers begrepsbruk. For å synliggjøre vise eventuelle nyanser og ulikheter med Norsk ordboks oppfatning av begrepene, forklares begrepene i oversikten i tabell 3 på side 47.

Maktbegrep	Min tolkning av Webers bruk av begrepet	Norsk ordbok (2010) Ordnett.no
makt	Sette sin vilje igjennom, - selv om andre gjør motstand	1: kraft; styrke: 2: rådighet; herredømme: 3: noe som har makt (stormakt o.l.)
herredømme	Muligheter, posisjoner, ulike sosiale strukturer, steder eller områder der man kan utøve makt. Identisk med det å befale i kraft av autoritet.	herskerstilling; overhøyhet; regime
autoritet	Makt ved legitimitet, rettmessighet eller lov og rett	1: makt, myndighet, anseelse som gir sterk innflytelse, overlegen sakkunnskap 2: (om person el. institusjon) han er en autoritet på dette området
legitimitet	Indre rettferdiggjørelse	det å være legitim; rettmessighet
myndighet	Makt til å utøve	1: autoritet; makt: utøve, delegere myndighet / tilta seg myndighet / Stortinget har bevilgende og lovgivende myndighet; utøve, delegere myndighet 2: myndig vesen: opptre med myndighet 3: øvrighet

Tabell 3. Ulike fortolkninger av makt etc.

Min diskusjon tar utgangspunkt i Webers (1975) legitimitetsherredømmer eller former for makt: *legat makt*, *tradisjonell makt* og *karismatisk makt*.

### 5.3 Legal makt – systemmakt

Maktutøvelse i helsevesenet springer ut fra to plan, nemlig et individnivå og et systemnivå (Engelstad 2005). Makt på individnivå er påvirket av den enkeltes verdier, holdninger og egne motiver. Weber (1971) kaller anliggendet for karismatisk makt. Denne maktformen blir videre omtalt på side 67.

Makt på systemnivå er begrunnet i den makt- og kontrollfunksjon som institusjonen har og som man er deltagende i ved sin yrkesrolle. Makt på systemnivå gir makt i kraft av mer enn sin egen person, man får en *legal* makt i kraft av sin yrkesrolle (Skau 2003). Forholdet kan kalles systemmakt.

Et legalt herredømme baserer sin legitimitet på lover, på det som i kraft av lover og regelverk betraktes som rett. Når autoritetspersonen kommer med en ”befaling”, gjør han det for selv å oppfylle en befaling i lovverket. Både autoritetspersonen og de han befaler, adlyder derfor befalinger som ligger i lov- og regelverket. Det legale herredømmet virker på samme vis innad i næringslivet, mener Weber. Bedriftens normer og regler er en forutsetning for å ha jobb i bedriften, og fører dermed til at de ansatte adlyder normene og reglene (Weber 1971, s. 92).

Sykepleiere har en legal makt over hjelpepleiere. Sykepleiere kan bestemme hvilke tiltak som skal iverksettes og ”befale” hjelpepleiere til å utføre tiltakene. Ved legal makt er det en lovgitt regel som bestemmer hvem som skal befale og adlydes. I vårt samfunn er grunnlaget for den

strukturelle og formelle maktutøvelsen på sykehus, basert på den legale makten. Den legale makten utgjør dermed basis og utgangspunkt for systemmakt.

I hierarkiske systemer som helsevesenet er, har leger mer omfattende juridisk og profesjonelt ansvar for pasienten enn sykepleiere fordi leger har kontroll over en omfattende vitenskapelig kunnskap. I tillegg har de kontroll over teknologi og institusjoner, og sammen danner dette det medisinske feltet (Olsvold 2010). Maktforholdet mellom profesjoner er nedfelt i lovverket: ”Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen ta beslutninger i medisinske og spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient” (Lov om helsepersonell 2000 § 4).

Legene har dermed legal rett til ’å befale’, for å bruke Webers uttrykk, sykepleiere til å utføre delegerte handlinger, som for eksempel å gi medisiner eller å ha den fullstendige oversikt og telling med instrumenter og utstyr under operasjoner. Denne legale retten har legene fordi legeprofesjonen innehar den medisinske kunnskapen og det medisinske ansvaret for pasientenes medisinske behandling (ibid).

Man skal ikke se bort fra at enkelte sykepleiere føler det frustrerende at de står med ansvaret for å utføre sykepleie på en faglig forsvarlig måte, men ikke myndigheten til å handle i enkelte situasjoner. Et eksempel kan være der sykepleiere observerer at pasienten har behov for smertestillende etter en operasjon. I mange tilfeller foreligger en generell og delegert avtale etter Lov om helsepersonell 2000 § 5 som sier at ”Helsepersonell kan i sin virksomhet overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis”. Sykepleiere vurderer pasientens behov for smertestillende og de kan gi medisiner innenfor avtalte rammer. Der ikke slike avtaler er gjort må legen kontaktes. Lien (2009) fant i sine intervjuer med sykepleiere at enkelte leger argumenterte med at pasienter i en postoperativ fase vanligvis ikke trengte smertestillende etter det aktuelle inngrepet. Legene bestemte ut fra et generelt grunnlag uten å undersøke eller snakke med den aktuelle pasienten. Sykepleierne fikk ikke alltid lov til å gi pasienten smertelindrende medikamenter ut over de avtalte rammene, til tross for at sykepleiere vurderte at pasienten uttrykte et reelt behov. I dette tilfellet står altså sykepleierne i en situasjon der de bruker sitt faglige skjønn, kunnskap og kompetanse, men de har ikke den legale makten til å utføre den behandling som synes å være den beste for pasienten.

Eksempelet viser hvordan en samarbeidsform kan sette sykepleiere i en moralsk klemme. Dette kunne vært løst ved enten at legene måtte vurdere og snakke med pasienten selv før vurderingen av smertestillende medikamenter ble tatt. Da hadde sykepleierne ikke kommet i



en moralsk ”skvis” mellom pasient og lege. Ellers kunne situasjonen ha vært løst ved at legene stole på sykepleiernes vurdering.

Sykepleierne har ansvar for å gi pasienten faglig forsvarlig og omsorgsfull pleie og behandling (Lov om helsepersonell 2000 § 4, Yrkestiske retningslinjer), men de blir hindret i å utføre de tiltakene de mener er best fordi de ikke har den legale makten. I tillegg blir sykepleiernes faglige skjønn overhørt av legen og sykepleierne må ”forsvare” eller forklare legens avgjørelse overfor pasienten, til tross for at de er uenig i avgjørelsen.

I andre tilfeller kan befalinger fra den med legal makt eller autoritet mottas som et *naturlig pålegg*, som man adlyder fordi det føles riktig. Det å utføre katetrisering av urinblæren på en mann med urinretensjon, er et innlysende eksempel på en ordinasjon fra legen som oppleves som et naturlig pålegg i tillegg til å være *rasjonelt begrunnet*. Det er rasjonelt begrunnet å holde telling med kompresser under operasjoner. Andre eksempler på rasjonelle ”befalinger” kan være å utføre delegerte oppgaver som for eksempel å administrere medikamenter intravenøst eller observere og dokumentere tilstanden til pasienter som ligger på respirator. Disse formene for befalinger kan, som eksemplene viser, være i kombinasjon (Weber 1971).

Når delegerte oppgaver oppleves som rasjonelle og begrunnede, er det greit å utføre arbeidet og det fører sjelden til stress og frustrasjon hos sykepleiere. Delegerte legeoppgaver er en del av sykepleieres hverdag og hører med til arbeidet. Det er når de blir pålagt å utføre oppgaver som føles unødvendige, gir unødige plager for pasienten eller at sykepleiere ikke får utføre det de vurderer er best for pasienten at de opplever sinne og moralsk stress (Zuzelo 2007, Sundin-Huard og Fahy 1999).

Det kan være slik at sykepleiere og leger ser på arbeidsoppgaver som mer eller mindre delegerte, og at yrkesgruppene ikke har den samme oppfatningen om hva som er delegert og hva som er et selvstendig ansvar. Det kan også være at grensene oppfattes som uskarpe når det gjelder hvilke arbeidsoppgaver de ulike profesjonene har ansvar for. Vi er vant til at på intensivavdelinger, sengeposter og i operasjonsavdelinger gjøres noen arbeidsoppgaver av begge profesjoner. Tilstanden beskrives som ”*blurred boundaries*” eller ”*cross-boundary working*” i flere studier (Masterson 2002; Rushmer og Pallis 2002).

I disse artiklene finner man også eksempler på at sykepleiere får ansvar for andre oppgaver som tidligere var klare legeoppgaver, så som endoskopier og direkte assistanse i operasjonsfeltet. Det kan dermed være vanskelig å skille mellom den rent medisinske behandlingen og pleien sykepleiere har ansvar for å utføre, i og med at sykepleiere også

faktisk utfører deler av behandlingen. Olsvold (2010) diskuterer forholdet i sin avhandling og får klart fram problemer relatert til plikt, ansvar og myndighet. Hun hevder at sykepleiere ikke får kredit for den medisinske behandlingen de faktisk utfører fordi legene har delegert det til dem. Olsvold viser at sykepleiere observerer, tar beslutninger og handler ut fra egne kunnskaper og erfaringer. Legen kan være mer eller mindre involvert i pasienten, spesielt på sengeposter og intensivenheter. I realiteten er det ofte sykepleiere som står med ansvaret. Sykepleiere har imidlertid ikke den legale makten til å ha ansvar for den medisinske behandlingen og de må ha legens underskrift eller ”velsignelse” for at det skal være juridisk legalt (ibid).

Det blir også stadig mer vanlig at sykepleiere har ansvar for driften av akuttavdelinger (Masterson 2002). Spørsmålet er om hvordan ansvarsforskyvningen vil påvirke sykepleie som fag. Er det positivt for sykepleieprofesjonen med en utvikling der sykepleiere tar mer ansvar for de rent medisinske arbeidsoppgavene?

Denne forskyvningen av medisinske oppgaver blir kritisert av Martinsen (2003b og Martinsen og Eriksson 2009) og diskutert av MacIntyre (1984). Martinsens (2003b) kritikk går ut på at hun hevder at sykepleiere har blitt for opptatt av vitenskapliggjøringen av sykepleien, etter at de på 1950- tallet søkte sin identitet nærmere legene. Hun hevder at sykepleiere alltid har gjort observasjoner for legene og beveget seg fra å være pleieassistenter til nå også å være forskningsassistenter ved å delta i innsamlingen av data til legers forskningsprosjekter i ”legenes klinikker” (Martinsen og Eriksson 2009). Situasjonen kan oppfattes som en kritikk av leger, men mest en bebreidelse av sykepleiere fordi de gjør oppgaver for legene og ikke for pasienten. Påvirkningen av medisinsk vitenskapsbakgrunn kan gå på bekostning av erfaringsbasert kunnskap, noe som kan medføre at sykepleiere befatter seg med ”vitenskapens lovmessighet” framfor situasjonsbestemte omsorgshandlinger (ibid). Denne kritikken henger sammen med evidensdebatten som blir mer omtalt på side 57

Sykepleiere som kom opp i moralsk vanskelige situasjoner i Sundin-Huard og Fahys (1999) studie løste situasjonen på tre ulike måter: 1) noen sykepleiere forventet en negativ respons hvis de tok opp etiske eller moralske dilemmaer og valgte å forbli tause, til tross for at de kjente et moralsk stress. 2) Andre sykepleiere brukte skjulte eller fordekte kommunikasjonsstrategier med legene i forsøket på å lindre pasientenes lidelse og deres egen moralske stress. Omstendigheten ligner på ”the doctor-nurse game” (jf., s. 9). 3) Enkelte sykepleiere konfronterte legene direkte. I Sundin-Huard og Fahys (1999) studie ble imidlertid ikke denne strategien vellykket, fordi legene overså sykepleiernes bekymringer.

De to første alternative handlemåtene kan ikke sies å være moralsk forsvarlige, og sykepleierne fremmer ikke samarbeidet mellom sykepleiere og leger ved ikke å tørre å si noe eller ved å fordekke sine synspunkter og prøve å "lure" legene til å ta avgjørelser som de mener er gode.

Den tredje handlemåten viser kjernepunktet i denne oppgaven: funnene viser at sykepleiere har problemer med å bli tatt med i beslutninger i vanskelige moralske og etiske situasjoner. Selv der sykepleierne i studien konfronterer legene med sine bekymringer, blir deres oppfatning ikke oppfattet som viktige. Sykepleierne stod i en moralsk knipe der de visste hva som ville være best for pasienten, men det ble umulig å utføre på grunn av medisinsk maktutøvelse. Situasjonene førte til store frustrasjoner og sykepleiere ble i tillegg forfulgt av rykter og forflyttet fra sine stillinger (ibid).

I logg 1 som er gjengitt på side 44 kan det virke som at operasjonssykepleierne tar mer ansvar for en manglende kompress enn kirurgene. Operasjonssykepleierne har fått delegert ansvaret med å holde orden på utstyr og instrumenter under operasjoner, og tar det medisinske ansvaret alvorlig. Spørsmålet man kan sitte igjen med er hvorfor kirurgene ikke lot operasjonssykepleierne ta ansvaret fullt ut, og hvorfor de ikke tok det like alvorlig selv. Den som har den legale makten har også det legale ansvaret, og må stå til rette for ansvaret. Både kirurgene og operasjonssykepleierne har et etisk ansvar for å utføre sine oppgaver uten at det påføres skader på pasienten (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og Ethiske regler for leger). At operasjonssykepleierne må bruke energi på å argumentere for å unngå en slik åpenlys feil, virker uforståelig.

En alminnelig oppfattning av situasjonen vil være at den ansvarlige kirurgen gjør en helt klart feil når han lukker operasjonssåret da det fortsatt mangler en kompress. Til tross for at operasjonssykepleierne ber ham om å ta observasjonen på alvor og ta medansvar for å finne kompressen avslutter han operasjonen. Hvordan kan kirurgens adferd forstås?

Eksempelet fra logg 1 er et godt eksempel på Webers (1971) maktdefinisjon, "et eller flere menneskers sjanse til å sette igjennom sin vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltagere i det kollektive liv skulle gjøre motstand". Når en kirurg i et operasjonsteam velger å overse, overhøre eller neglisjere impulser fra andre deltagere i teamet, slik operatøren gjør angående den manglende kompressen, er ignoreringen antagelig mulig på grunn av systemmakt. Han bruker den legale makt og myndighet han har i kraft av sin yrkesrolle (Lov om helsepersonell 2000 § 4) og sin systemmakt ut fra sin plassering i hierarkiet på sykehuset.

Kirurgene kan sies å ha loven på sin side, jf. Lov om helsepersonell 2000 § 4, da de startet gjensyning av operasjonssåret på tross av operasjonssykepleiernes innskytelser. Det var kirurgene som innehadde den formelle, tildelte myndigheten og ansvaret i situasjonen ut fra sin utdanning og offentlige godkjenning. Til tross for at de hadde den legale autoriteten til å bestemme, betyr det imidlertid ikke at de handlet riktig, verken faglig eller etisk, for den ansvarlige kirurgens legale makt gir han selvsagt også et ansvar som profesjonsutøver. Kirurgen bruker sin legale autoritet til å lukke operasjonssåret fordi han i følge Lov om helsepersonell 2000 § 4 har ansvaret for å ”ta beslutninger i medisinske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient”, men han bryter dermed den samme loven fordi han ikke ”utfører sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”.

Denne situasjonen er et klassisk eksempel på det som sykepleiere i følge en rekke studier opplever som mest frustrerende: De kommer i en etisk klemme ved at de forstår at noe galt skjer, de taler pasientens sak, men de får ikke gehør hos legene (Zuzelo 2007, Torjuul og Sørli 2006, Sundin-Huard og Fahy 1999). Dermed blir de delaktige i å bryte Lov om helsepersonell 2000 § 4, fordi de heller ikke får utført faglig forsvarlighet.

I tillegg kommer sykepleiernes bekymring for hva som vil skje med pasienten og de føler at de ikke får respekt fra kirurgenes side noe som kan føre til ytterligere frustrasjon og stress. Men: hvorfor stilte ikke sykepleierne flere kritiske spørsmål, hvorfor ga de ikke uttrykk for at de syntes forholdet var uetisk og hvorfor gjorde de ikke mer motstand da legene virkelig lukket operasjonssåret, og hvordan vil en slik servil adferd stille seg for operasjonssykepleieren legalt, moralsk og rettslig?

Operasjonssykepleierne kunne i denne situasjonen stått sammen mot kirurgens ønske om å lukke operasjonssåret. Når sykepleierne er delaktige i ansvaret for en viktig rolle under det operative inngrepet, må de også ta ansvaret – det er deres legale plikt (Lov om helsepersonell 2000 § 4) og moralske plikt (Yrkesetiske retningslinjer) overfor pasienten. De burde ha uttalt at det kirurgiske teamet måtte bruke mer tid og ressurser på å finne kompressen, i eller utenfor pasienten.

En handling er enten forsvarlig eller uforsvarlig, det finnes ingen mellomting. Kravet til faglig forsvarlighet retter seg mot enkelthandlinger eller handlinger over tid (Molven 2006), dermed kan man si at både kirurgen og operasjonssykepleierne handlet faglig uforsvarlig i denne situasjonen. Forsvarlighetskravet avhenger av sykepleieres ”kvalifikasjoner” som innebærer at

man krever mer av en spesialutdannet sykepleier enn en med grunnutdanning, eller som i vårt eksempel, student i operasjonssykepleie. I en eventuell rettssak ville operasjonssykepleiernes og den ansvarlige kirurg bli vurdert annerledes enn operasjonssykepleiestudenten i spørsmålet om de handlet faglig forsvarlig, til tross for at studenten er autorisert sykepleier (ibid, s. 124). Helsepersonell skal ”innhente bistand der det er nødvendig og mulig ” jf. Lov om helsepersonell 2000 § 4. Operasjonssykepleierne burde altså ha bedt en leder komme inn for å hjelpe til med påvirkningen av kirurgene, hvis operasjonen ikke foregikk på et tidspunkt på døgnet der sykepleieledere ikke er tilstede på avdelingen. Ut fra forsvarlighetskravet kan det ikke utledes generelt at enkelte typer helsepersonell er overordnet andre i å treffe beslutninger om type og omfang av helsehjelp, men er det uenighet, skal de involverte søke bistand hos den som er overordnet i hierarkiet.

I dette tilfelle er kirurgene overordnet operasjonssykepleierne, fordi i følge Lov om helsepersonell 2000 § 4 tredje ledd skal sykepleiere innrette seg etter legens beslutninger når det gjelder behandling av den enkelte pasient. Det kan altså synes som om at sykepleierne legalt sett ikke hadde annet valg enn å godta at kirurgen lukket operasjonssåret, til tross for at de skjønnte at handlingen var klart uforsvarlig.

Molven (2006) hevder at sykepleiere oftest sees på som legens medhjelper. Å være medhjelper betyr at lege og sykepleier kan stå sammen om behandlingen, men legen gir beskjed om hva som skal gjøres. Men selv om sykepleiere er legens hjelper, har de et selvstendig ansvar. Rettssaker har vist at sykepleiere som mener å ha arbeidet ut fra legers instruksjoner, er blitt dømt for uforsvarlig praksis fordi man hevder at de har et selvstendig ansvar.

Sykepleiere har plikt til å følge instruksjoner, og må ”gi seg”, til tross for at det i ettertid viser seg at de hadde rett i sin mistanke om at uforsvarlig behandling ble gitt (Molven 2006, s. 129), og ved at operasjonssykepleierne eksplisitt ga uttrykk for sin mening da kirurgene lukket operasjonssåret og dokumenterte hendelsen, vil de ikke bli stilt til ansvar for handlingen (ibid). Denne utledningen viser hvor kompleks en uenighet i samarbeidet mellom leger og sykepleiere kan være. Uansett om operasjonssykepleierne ikke kan anses å ha gjort noe uforsvarlig, vil de moralsk sett være i en vanskelig posisjon. Gjorde de nok for ikke å påføre pasienten skade?

Situasjonen avdekker hvor vanskelig det kan være å følge Lov om helsepersonell 2000, selv om leger og sykepleiere er underlagt felles lovverk. I tillegg kan det være vanskelig å stå opp mot autoriteter og et hierarki for ens egen personlige del, både i selve situasjonen som kan

føles ubehagelig, men også på lengre sikt. Det problematiske ved å varsle om uheldige hendelser drøftes på side 71.

Operasjonssykepleierne kan oppleve kommunikasjonen fra kirurgenes side som respektløs og nedvurderende, slik situasjonen er i logg 1 og 2. Nedvurderende kommunikasjon er ubehagelig og krenkende og vil kunne være med på å skape en følelse av irritasjon hos operasjonssykepleierne kombinert med engstelse for pasienten. Disse to følelsene, om de oppstår gjentatte ganger, kan føre til initialt moralsk stress, jf. side 26.

Min konklusjon blir at ansvarshavende kirurg handlet uforsvarlig i denne situasjonen, men på grunn av den autoritet som er gitt ham av tradisjonelle, legale og kanskje karismatisk legitimitetsgrunner, var det vanskelig for operasjonssykepleierne å motsi ham. Selv om det kan synes som om operasjonssykepleierne legalt sett ikke kan sies å ha handlet uforsvarlig, kunne de ha tilkalt ledere, bakvakt eller presset verbalt mer på for å stoppe kirurgen og dermed gjort mer for pasienten og kommet bedre ut av den moralske klemmen de befant seg i.

#### 5.4 Legal makt, kunnskapsmakt og tverrfaglig samarbeid

Det at sykepleiere og leger har ulik legal makt i form av sine to ulike profesjoner, kan være utfordrende for samarbeidet dem i mellom. MacIntyre (1983) og Svensson m.fl. (1998) hevder at helsevesenet er todelt mellom helbredelse og pleie, på den ene siden legene og på den andre siden sykepleiere og annet helsepersonell. Man kan på mange måter si at denne todelingen kan skape to mer eller mindre adskilte verdener med ulik kultur, forskjellig status og ulik makt. Synet på todelingen støttes av Olsvold (2010) som kaller det ”parallelle univers”. Hun hevder at sykepleiere og leger utgjør to separate arbeidslag med liten sosial kontakt utenom akkurat det pasientbehandlingen krever, som kan medvirke til at man ikke får tilstrekkelig innsikt i den andres arbeid og at den andres kunnskap og ferdigheter ikke er kjent.

Denne todelingen mellom helbredelse og pleie kan virke unaturlig i sammenheng med de arbeidssituasjonene der sykepleiere og leger samarbeider tett om den enkelte pasient. Det er vanskelig å dele opp legens og sykepleierens oppgaver i tette skott der legen kun driver med helbredelse og sykepleiere kun med pleie, tidligere beskrevet som *blurred boundaries* Jf, s. 49.

På tross av felles arbeidsoppgaver kan de to profesjonene, på grunn av ulik utdanning, ulikt ansvar og ulikt fokus ha ulike mål for sin behandling/pleie. Der sykepleiere er opptatt av det relasjonelle, kan legene være opptatt av å komme i havn med behandlingen. Begge vil oppnå

det samme, men på ulik måte. Det kan være positivt at profesjonene har ulikt blikk på pasienten, fordi deres ulike kunnskaper, innstilling og mål kan utfylle hverandre og gi pasienten god behandling og pleie. Å tåle at den andre har et annet blikk/syn krever imidlertid respekt for den andres rolle og profesjon.

Paul-Michel Foucault (1995) ser makt hovedsakelig som disiplinering av individet. Han hevder at det er et sterkt bånd mellom makt, kunnskap og sosial kontroll og at de forutsetter hverandre. Han mener at det ikke finnes maktrelasjoner uten at det er en kunnskapsbase som understøtter den. Han fremhever at den medisinske vitenskap og det medisinske kunnskapsgrunnlaget, og dermed legenes vitenskapelige kunnskap og språk, har fått stor betydning og prestisje i samfunnet. Når kunnskap er en viktig forutsetning for makt, kalles det profesjonsmakt. Profesjonen får kunnskapsmonopol på visse områder og dermed makt til å forvalte verdier og normer på området (Brodcorp og Rugkåsa 2009).

Legenes monopol på det medisinske området kan være krevende for sykepleierprofesjonen å forholde seg til fordi sykepleie inneholder det å hjelpe den syke med å ivareta grunnleggende behov, noe som nettopp forutsetter at man har gode kunnskaper om anatomi, fysiologi og patofysiologi. Sykepleie tenderer inn mot medisinske spørsmål i arbeidet med syke mennesker, og grenseoppgangen for hva som er sykepleie og hva som er ren medisin, er som tidligere omtalt ikke helt klar. Det kan ligge åpent for en profesjonskamp hvis man ikke klarer å samarbeide om hvilket arbeid som hører til hver profesjon.

I arbeidet med kritisk syke pasienter er det helt udiskutabelt et behov for naturvitenskap. På operasjonsavdelingen dreier mye seg om medisinsk kunnskap. Ingen betviler at denne formen for kunnskap må innehas av leger og spesialsykepleiere som skal tilby god behandling av kritisk syke pasienter. Legenes lange og spesialisert utdanning gjør dem i stand til å ta ansvar for medisinske vurderinger og avgjørelser, og gir dem legal makt og ansvar (Jf. side 47) Det er først når kunnskapsmakten kommer til uttrykk som maktovergrep, eller blandes med andre former for makt, at det kan bli vanskelig å samarbeide.

Maktstrukturer er ikke "uskyldige". Det oppstår nettverk og systemer av maktstrukturer som gjennomtrenger institusjoner og systemer og gir næring til sosial lagdeling (Foucault 1995). Oppdeling i sosiale lag, med utgangspunkt i ulik kunnskap i en institusjon vil, etter min mening, kunne hemme et felles arbeid mot et felles mål. Det vil kunne føre til at fokuset dreies bort fra samarbeid om "pasientens beste" til et mer eller mindre erkjent ønske om å bestemme, dominere og ha makt.

Profesjonssosiolog Andrew Abbot (i Dahle 2008) mener at profesjonene strides både om hvilken kunnskap som skal anerkjennes som gyldig og om rangordningen dem i mellom. Han hevder at de som har lyktes best i denne striden om innbyrdes rangordning, er de som bygger sin kompetanse primært på et abstrakt kunnskapsgrunnlag, altså legene i denne sammenheng, mens sykepleiere har en svakere teoretisk overbygning. I praksis vil det si at legene får høyere rang enn sykepleiere fordi leger har lengre og mer omfattende teoretisk kunnskap enn sykepleiere. Abbot mener at skillet mellom sykepleiere og leger er et kunnskapsskille mer enn et kjønnskille (kjønnsmakt blir diskutert på sidene 63-64).

Kari Martinsen (2003a) ser på endringer i vektleggingen av ulik kunnskap innen sykepleiefaget og fastslår at sykepleiernes humanistiske tradisjonsfase ble avløst av den medisinskteknologiske fasen på 1950- tallet. Hun påstår at begrepet omsorg ikke lenger ble reflektert hos sykepleierne. Sykepleierne søkte sin identitet ved å knytte seg nærmere legene og sykehusmedisinen. Spesialkompetanse ble mer nødvendig etter hvert som medisinen ble mer spesialisert. førte, etter Martinsens mening, sykepleien inn i en identitetskrise. Senere ble denne krisen forsøkt løst ved å knytte sykepleien til et annet kunnskapsgrunnlag enn fagmedisinen og ved å akademisere yrket. Det var de nye samfunnsvitenskapene, særlig pedagogikk og psykologi, som fikk denne funksjonen i sykepleien, og i begynnelsen av 1960-årene ble begrepet sykepleievitenskap introdusert i sykepleielitteraturen. En annen form for fagautoritet ble dominerende, nemlig den vitenskapsbaserte (Martinsen 2003a). Vekten på vitenskapelighet i sykepleierens utdanning og yrkesutøvelse, kommer til uttrykk også i revideringen av de yrkesetiske retningslinjer i 2007. Under revideringen ble det gjort tydelig at sykepleien må være *kunnskapsbasert*, men også bygges på barmhjertighet, omsorg og respekt (Yrkesetiske retningslinjer 2007).

Kunnskapssenteret i Bergen, med Monika Nortvedt i spissen, har sammen med Norsk Sykepleierforbund gått sterkt inn for at sykepleiere skal utøve "Kunnskapsbasert praksis" der vitenskapelig forskning skal ligge til grunn for alt sykepleiere gjør ad prosedyrer og tiltak rettet mot pasienten (Nortvedt m.fl 2007). Kunnskapsbasert praksis skal kvalitetssikre sykepleien, slik at man ikke i like stor grad bare følger hva vi "pleier" å gjøre, men bruke ny forskning som begrunnelse for sykepleien som utføres. Synspunktet er det vanskelig å si i mot, fordi sykepleiens kunnskapsbase er fylt av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon. Disse formene for kunnskap er



helt nødvendig i yrket, og i sykepleieryrket er det nødvendig ikke lenger å gjøre slik man *tror* er best for pasienten, men slik forskning beviser er best. På denne måten blir sykepleierens kunnskapsbase vitenskapsbasert i større grad enn tidligere.

Som en nærmest enslig stemme i Norge har Kari Martinsen talt i mot denne utviklingen og pekt på hvilke konsekvenser fokuseringen på kunnskapsbasert praksis kan få for sykepleien som helhet, men også hvordan denne ensidige, vitenskapelige vektleggingen igjen vil føre sykepleiere inn i et underdanig forhold til legene. Det som kan synes problematisk er at oversikter og metaanalyser over randomiserte undersøkelser står øverst i det Martinsen (Martinsen og Erikson 2009, s.91) kaller evidenshierarkiet, og nederst står klinisk erfaring. Martinsen hevder at fordi kravet om anvendelse av forskningsresultater blir høyest verdsatt, kan forståelse og tolkning av den enkelte pasientens situasjon ”kobles fra” og det er fare for at erfaringsbasert kunnskap skal bli undervurdert i sykepleien.

Benner m.fl. (1999, s. 32–35) kan synes å vektlegge klinisk erfaring høyt og dermed samsvare med Martinsens syn. Forfatterne hevder at klinisk bedømming omfatter en grunnleggende oppfatning om hva som er riktig i etisk forstand, sykepleiere baserer sin kunnskap på klinisk kunnskap som erverves gjennom erfaring, de bruker sine egne følelsesmessige reaksjoner inn i vurderinger i pasientsituasjoner og de bruker sitt skjønn eller intuisjon utgått fra erfaringer. Disse formene for kunnskap lar seg vanskelig evidensbasere, og Martinsen og Benner m.fl. kan oppfattes slik at de er bekymret for at denne kliniske kunnskapen kan nedvurderes i pleien og omsorgen for pasienten.

Jeg tolker Martinsens syn slik at sykepleiere strever for å finne sin egen kunnskapsbase og være trygg i den. Sykepleiere kan komme i en form for identitetskrise fordi de følger i legens naturvitenskaplige fotspor med fare for at fokuset dreies bort fra ”care” mot ”cure”, uten at sykepleiere av den grunn får mer makt som sykepleiere. Sykepleiere vil alltid være underlagt legene når det gjelder medisinske spørsmål fordi legene har den legale makten.

Slik forholden er i dag har legeprofesjonen monopol på sin medisinske teoretiske kunnskap og denne gir i tillegg en høyere rang i hierarkiet enn sykepleiernes mer praktisk kunnskap (Abbot i Dahle 2008). Det er en banalitet å si at legers kunnskap og vitenskap er helt nødvendig for å kunne behandle pasienter. Det som ikke er like selvsagt er den rang denne kunnskapen gir. Sykepleiere vil kunne hevde at de innehar en stor mengde naturvitenskaplig kunnskap som kombinert med relasjonell, psykologisk, sosiologisk, etisk og praktisk kunnskap er like viktig som legenes kunnskap for at den enkelte pasient skal kunne vinne tilbake sin helse. Mange sykepleiere vil påstå at sykehuset ikke kunne eksistere uten sykepleiere, en påstand de fleste

leger nok også ville underskrive på. Likevel har legene mye større makt, legalt, symbolsk, tradisjonelt så vel som kunnskapsmessig.

Sykepleiere og leger trenger hverandres kunnskap og erfaring for å gi en helhetlig behandling og pleie av pasienten. Det kan oppleves frustrerende at et samarbeid blir gjort vanskelig på grunn av den makt og sosiale kontroll som finnes i kunnskapshierarkiet mellom leger og sykepleiere, og legenes utøvelse av profesjonsmakt kan være medvirkende i utviklingen av moralsk stress hos sykepleiere.

## 5.5 System og systemtvang

Maktfordelingen mellom de ulike profesjonene utgjør viktige rammer i helsevesenet. I enkelte situasjoner vil den ansatte bli et virkemiddel for systemet og i verste fall kan systemtvang bli resultatet. Med systemtvang menes at man ikke har makt innenfor et system til å gjøre det en selv synes er riktig og/eller nødvendig. Da vil det kunne oppstå situasjoner der den ansatte vet at det som skjer er feil, men likevel ikke greier å endre situasjonen, noe som fører til at vedkommende opplever avmakt. Mange vil oppleve at avmaktssituasjonen utvikler seg til stress. Man er ”fangel” i systemmakten (Brodcorp og Rugkåsa 2009).

Når vi går tilbake til situasjonen i logg 1, virker den ansvarlige kirurg uberørt av de eventuelle klager eller konsekvensene hans handling eller mangel på handling, vil kunne få for pasienten, men også for sin egen del. Det kan bety at han har mye personlig makt som gjør ham i stand til å utføre en handling som han selv tror på uten å få støtte hos andre. Det er vanskelig å vite hvilke indre motiv kirurgen hadde for ikke å lete videre eller stoppe opp slik at de andre kunne lete. Det kan være at han var helt sikker på at kompressen ikke var inne i pasienten, og at han har erfaringer med at operasjonssykepleierne hadde gjort feil i tellingen tidligere. Han kunne være forutinntatt og ønsket å vise at han var lei av operasjonssykepleiernes mas om kompresser. En slik adferd kan bety at kirurgen, tross alt, følte seg trygg i kraft av sin personlige makt, eller at han var beskyttet i kraft av systemmakten.

Alle helsearbeidere, også leger, må stå til rette for sine handlinger, både i forhold til pasient og pårørende, eventuelle klagesaker fra pasienter og også i forhold til sine legekollegaer på ulike møter der behandlingen blir diskutert. Muligheten av å få pasientklager rettet mot seg er noe som ofte blir diskutert blant helsepersonell. Krav til dokumentasjon om hva og hvem som gjør de ulike (be)handlingene for og med pasienten er til for å bryte ned noe av den negative effekten av systemmakten, ved at ansvarsforhold blir gjort personlige. Det skal være mulig å

finne tilbake til hvem som gjorde eller ikke gjorde de ulike vurderingene og handlingene, slik at Pasientrettighetsloven § 4 overholdes.

De andre kirurgene i operasjonsteamet forsøkte ikke å løse situasjonen ved å bidra til å finne kompressen, støtte operasjonssykepleierne eller komme med konkrete forslag til alternative løsninger. De andre kirurgene kan dermed oppfattes som kollegiale overfor den ansvarlige kirurgen. Det er vanskelig å forestille seg en annen yrkesgruppe innen helsevesenet som "ville få lov til" å gjøre en slik grov feil overfor en pasient i påsyn av og i samarbeid med fem, seks andre ansvarlige profesjonsutøvere, uten at forholdet ville føre til reaksjoner eller sanksjoner. Det kan være at den ansvarlige kirurgen sto over de andre kirurgene i teamet i rang og at han visste at ingen ville sette hans avgjørelser på prøve.

Det faktum at ingen av de andre kirurgene støttet operasjonssykepleierne, vil kunne øke operasjonssykepleiernes stress ytterligere fordi situasjonen bekrefter at det ikke kun er en persons personlige makt som rår. I det at han får lov til å handle slik, i påsyn av flere med tilsvarende posisjon og makt, kan bety at det er noe galt med systemet. Det er et eksempel på medisinsk maktutøvelse, en institusjonell hindring som gjør det nærmest umulig for sykepleiere å utføre de riktige handlingene. Ifølge Jameton (1984) er tilfeller der sykepleiere føler seg maktesløse, en av grunnene til at sykepleiere utvikler moralsk stress

## 5.6 Å adlyde kan tjene den lydige eller ganske enkelt være riktig

I eksempelet i logg 1 kan det virke som om operasjonssykepleierne kun er "tjenere" for kirurgene, uten at deres meninger blir tatt på alvor. Det kan altså oppfattes som om sykepleiere finner seg i sin underdanige situasjon, men misliker egentlig denne posisjonen. I følge Weber (1971) kan makt bestå fordi mennesker er personlig interessert i at den skal bestå og stiller seg til rådighet over lengre tid overfor befalinger som tjener til å bevare herredømmet. Personer kan venne seg til å adlyde befalinger fra ledere og som ved å ta del i denne makten får fordeler. Weber hevder altså at man må ha et vist minimum av egeninteresse ved å adlyde, ellers ville man ikke gjøre det. Egeninteressen eller fordelene ved å adlyde kaller han "lydighetens uunnværlige drivkraft" (Weber 1971, s. 77).

Hvilke fordeler kan sykepleiere ha av å adlyde leger? For det første er det riktig å adlyde leger i mange tilfeller i følge Lov om helsepersonell 2000 § 4, noe som er omtalt tidligere. Det er slik at legene har utdannelse til å ta det medisinske ansvaret. Befalinger kan oppfattes som rasjonelt begrunnet og som et naturlig pålegg slik det ble eksemplifisert side 8. Det er altså

faglig og juridisk riktig å adlyde i mange tilfeller og sykepleierne støtter seg på legenes påbud i sitt arbeid og de finner at påbudet er til pasientens beste.

For det andre ønsker ikke de fleste sykepleiere å ha for mye av medisinsk ansvar. Pauly m.fl. (2009) fant i sin undersøkelse at sykepleiere følte økt moralsk stress ved at de fikk mer ansvar enn de syntes de hadde faglig bakgrunn for. I mange tilfeller er det ingen konflikt mellom det ansvaret legene tar og den jobben sykepleiere skal utføre ut fra sitt delegerte ansvar, og da er det ukomplisert å følge legens forordninger. I et velbalansert forhold har man gjensidig respekt for hverandres kunnskaps- og ansvarsområde (Weber 1971) og fordelene ved å adlyde i tilfelle er at sykepleiere fremmer helse og hjelper pasienten og er med på å skape et godt samarbeid ved å utføre legenes påbud.

På den andre siden kan det være bekvemt for sykepleiere å ikke ta det hele og fulle ansvaret. Det er lettere å si ja, overse og være taus, enn å stå opp for det man kanskje er uenig i og eventuelt ta belastningen med å vise sin uenighet. Man kan så å si ”gjemme seg” bak legenes pålegg og medisinske ansvar, selv om enkelte situasjoner nok kunne vært diskutert med bakgrunn i sykepleieres kunnskaper og erfaringer, og saker kunne eventuelt fått et annet utfall hvis sykepleierne hadde våget eller villet gå i dialog med legene. Sykepleiernes ”fordel” ved å adlyde i denne situasjonen er at de ikke behøver å ta på seg ansvaret eller bryderiet. Her beveger sykepleierne seg på en knivsegg fordi situasjoner kan utvikle seg til å bli juridisk og moralsk vanskelige. Hvis sykepleiere er uenige i avgjørelser som blir tatt av leger, kan det være slik at de må avfinne seg med å utføre ordre fordi legene faktisk har det medisinske ansvaret, men det kan også være slik at sykepleiere burde ha diskutert avgjørelsen fordi de har et selvstendig ansvar overfor pasienten både rettslig (Lov om helsepersonell 2000, Molven 2006) og faglig slik vi beskrev på side 13.

Man kan heller ikke se bort fra at sykepleiere som adlyder får ord på seg av legene for å være flinke. Denne betegnelsen kan føre til at de får et godt forhold til legene, ikke nødvendigvis for at de er fremragende sykepleiere, men fordi de utfører ordre og oppfattes som lette å samarbeide med (Stein 1967). Her er fordelene for sykepleierne at man kjenner seg verdsatt og godtatt og trivselen med arbeidet kan øke. Denne fordelene har minst to dimensjoner i det at trivsel og verdsetting selvsagt er viktig i en jobbsammenheng, men hvis sykepleiere blir godtatt kun fordi de er servile og adlydende kan man få inntrykk av at deres faglighet og profesjonalitet ikke verdsettes. Det ideelle ville være om sykepleiere ble godt ansett på grunn

av sin faglige tyngde, gode omsorgsevne og profesjonelle samarbeidsattityde, ikke fordi de utfører ordre.

## 5.7 Tradisjonell makt – autoritesmakt

Weber (1971) påpeker at den som gir ordre kan ha personlig autoritet ut fra tradisjon eller skikker, altså det tradisjonelle herredømme slik patriarken utøver makt. Skikk og bruk er helliggjort gjennom uminnelig hevd, og vanen opprettholder den. De som adlyder autoriteter i tradisjonelle maktforhold er personlig avhengig av disse personene, hevder Weber.

I et tradisjonelt herredømme kaller Weber (1971, s. 94) den som hersker for ”herren” og de som adlyder for ”undersåtter”. Mennesker med autoritet kan befale eller bestemme fordi det tradisjonelle herredømmet opprettholdes av den tro at den ordningen og den herskermakt som eksisterer fra gammelt av, er urokkelige. I følge Webers beskrivelse av det tradisjonelle herredømme har herren makt over undersåttene så lenge han holder seg innenfor de felles forståtte normer og regler, tradisjonen. Felles for alle former for tradisjonelt herredømme er fraværet av et formelt lovverk når man skal løse opp i uenigheter eller konflikter. Det gir herren mulighet for å vurdere saken selv, og det vanlige er da, hevder Weber, at han vurderer ut fra tradisjonsbundne tankemåter. En slik vurdering vil altså ikke baseres på lover og regler, men vurdering tas med bakgrunn i hva herren mener er rett og rimelig (Weber 1971, s. 97). I miljøer med tradisjonelt herredømme tror man at den som bestemmer har saklig kompetanse til å ta avgjørelser. Det er en posisjon man kan si leger og sykepleiere befinner seg i, fordi sykepleiere tror at legen har en saklig kompetanse som gir grunn til at legen kan bestemme i medisinske spørsmål.

Kompetansen eller kyndigheten til den som blir befalt er ikke viktig i denne sammenhengen i følge Weber, men i vårt tilfelle vil det ha betydning, ettersom det er snakk om samarbeidet mellom to grupper med ulik kompetanse. Weber (1971, s. 94–95) framholder at tjeneren står helt og holdent til herskerens rådighet og personlig tjenertroskap dominerer forholdet.

Uforbeholden troskap virker overdrevent og litt gammeldags i oppgavens sammenheng, men jeg mener det fortsatt kan være en del av forklaringen på hvorfor sykepleiere handler som studentene beskriver i loggene: sykepleierne var servile overfor legenes beslutninger og adferd. Dette bekreftes av Olsvold (2010, s. 9) som finner belegg for å hevde at når personer med mindre status og autoritet er sammen med personer som anses som eksperter, godtar de adferd de ellers ikke ville ha gått med på.

Begrepet *autoritetspreget herredømme* kan i denne sammenhengen tolkes slik at legene har fått mye makt fordi de hadde ”tallrike muligheter for å utøve makt over andre, eller mulighet for å påtvinge andres adferd ens egen vilje” (Weber 1971, s. 74–75), fordi de hadde medisinske kunnskaper som folk hadde behov for. Legene fikk dermed makt til å bestemme over liv og død. Den medisinske makt blir en sterk makt over andre, sammen med kunnskapsmakt, altså legal makt, men også på grunn av den posisjon og status legene har opparbeidet opp gjennom årene. Legenes status og posisjon henger igjen fra den gang et tradisjonelt samfunn der menn med utdanning automatisk fikk autoritet og dermed makt.

Leger har tradisjonelt vært menn, og vi omtaler fortsatt leger som ”han”, enda det i dag utdannes flere kvinnelige enn mannlige leger (Statistisk sentralbyrå 2009). Mannlige leger, og ikke minst kirurger som stort sett fortsatt er menn, befinner seg i en posisjon med tradisjonell makt i form av det å være mann og leder, noe som kommer i tillegg til deres legale makt. Maskulinitet og legal makt gir en dobbel makt over andre. Man kan ikke se bort fra at kirurgenes doble makt kan være en del av forklaringen på hvorfor operasjonssykepleierne i logg 1, og senere i logg 2 (side 44 og 77) ikke gjorde mer for å fremme pasientens sikkerhet og tale for sin egen profesjon og selvrespekt, for i neste omgang å stimulere til et mer symmetrisk samarbeid. Det var nødvendigvis ikke en bevisst tanke fra operasjonssykepleiernes side at kirurgene har dobbel makt, men som vi skal se i neste kapittel, kan måten man møter verden på ha sammenheng med ”doxisk erfaring”, det vil si at forholdet mellom kirurgen og operasjonssykepleieren var i overensstemmelse med en forventning om hvordan verden forholder seg. Sykepleiere befinner seg i stor grad i sykehusmiljøet, der man kan få inntrykk av at den tradisjonelle og patriarkalske makten fremdeles er fremtredende, og de fleste sykepleiere er kvinner. Det kan synes som om sykepleiere generelt ikke er opptatt av patriarkalsk dominans. I neste delkapittel vil vi se nærmere på hvordan kvinnelige sykepleieres holdning i forhold til leger tradisjonelt har vært og hvordan situasjonen kan synes å være i dag. Vi vil diskutere mulige årsaker til sykepleieres holdninger og hvilken betydning sykepleieres tenkemåter kan ha for samarbeid.

## 5.8 Kjønnsmakt – en maktform med lange tradisjoner

I delkapittelet over var jeg inne på sykepleieres (kvinner) tradisjonelle og praktiske kunnskap, som ble sett på som mindre verd enn legenes (mennenes) teoretiske kunnskap. Martinsen (Martinsen og Eriksson 2009) hevder at kvinnelige sykepleiere fortsatt er underdanige legestanden. Disse tradisjonelle forholdene har i følge Pierre Bourdieu en dyp og historisk utvikling.

Pierre Bourdieu (1999) hevder at hele den sosiale verden er gjort kjønnnet og at det er *legitimt* å skille mellom kjønnene. Den maskuline dominans behøver ikke å rettferdiggjøres fordi det er i overensstemmelse med ”doxisk erfaring”, eller verdens gang og forventinger, og at det er en streng fordeling av arbeidsoppgaver mellom kjønnene. Han hevder at den anatomiske forskjellen mellom menn og kvinner kan brukes som en naturlig rettferdiggjøring av den sosialt konstruerte forskjell mellom kjønnene og at forskjellen er særlig tydelig når det gjelder arbeidsfordelingen. Bourdieu fremholder at dannelsen av arbeidsfordelingen mellom kjønnene kun delvis er eksplisitt og at den for en stor del er automatisk og uformidlet. Det er gjennom et diffust, kontinuerlig kollektivt sosialiseringsarbeid at den enkeltes identitet utvikles og personifiseres i forskjellige former for habitus (Jf. side 85).

Mennenes universelle anerkjente forrang gjør seg gjeldende gjennom hele den sosiale struktur og kvinnene anerkjenner handlingene de er underlagt. Anerkjennelsen kaller Bourdieu (1999) for doxisk tilslutning. Bourdieu mener altså at den forrang mennene har fremfor kvinner er en del av hvordan vi mennesker ordner vår verden og at verdensordningen ikke nødvendigvis er bevisst for alle mennesker.

Det er ikke vanskelig å gjenkjenne Bourdieus tanker om doxisk erfaring og doxisk tilslutning når vi ser på helsevesenet. Tidligere var profesjonsutdannelsene kun for menn. Etter hvert som kvinnene gjorde sitt inntog i helsevesenet og profesjonene, gikk kvinnene inn i underordnede stillinger og etter hvert i profesjoner med mindre status (Jensen 1993). Mannlig overvekt i profesjonsutdannelsene var lenge en realitet og i stor grad er det slik fortsatt (Statistisk sentralbyrå 2008). De siste tiårens kvinnefrigjøring har gitt kvinner større og mer variert innpass i yrkeslivet, men samfunnet og kulturen har likevel ikke ”satt kvinne fri” i sykehusvesenet. Vårt språk og kultur beskriver fortsatt omsorgsarbeid som representasjon for myke verdier. En omsorgsfull person opptrer ”moderlig og med varme”, metaforer og symboler som henspiller på det kvinnelige (Brodcorp og Rugkåsa 2001, s.59).

Tall for 2008 (Statistisk sentralbyrå 2008) viser at kvinner utgjør 84 prosent av de sysselsatte blant helse- og sosialfaglig utdannede, og 95 % av sykepleiere er kvinner. Bare blant leger og tannleger er det en overvekt av menn (ibid). De fleste kvinner er altså i de ”underordnede” stillingene også i dag. Slik jeg forstår Bourdieu, er den skjeve kjønnsfordelingen et forhold som virker naturlig, altså *ikke behøver rettferdiggjørelse*, - og kan kalles en doxisk erfaring som virker selvfølgelig fordi vi er så vant til at verden ser slik ut.

Dessuten er denne situasjonen i følge Bourdieu en doxisk erfaring som er *uformidlet og ganske ubevisst*. Man tenker ikke nødvendigvis på maskulin dominans i situasjoner der det oppstår sammenstøt mellom kvinnelige sykepleiere og mannlige leger, selv om mange situasjoner nok utspiller seg mot et bakteppe av autoritet med bakgrunn i kjønn.

Kjønnsforsker Rannveig Dahle (2008) slutter seg til Bourdieu og sier at kjønn er noe man *gjør*. Hun sier at kjønn er samspill, aktiviteter og sosiale relasjoner i konkrete situasjoner, og at samspillet er preget av vår kulturs oppfatninger. Kjønn er en del av samspillet som fungerer som kulturelle koder og veivisere for hvilke holdninger, følelser og handlinger som anses som passende for kvinner og menn. Doxisk erfaring og doxisk tilslutning kan altså forklare eller være årsaken til at kvinner finner seg i en underdanig arbeidsfordeling, noe som i så fall stemmer godt overens med Bourdieus (1999) tanker om den tradisjonelle forskjellen mellom kvinner og menns arbeidsfordeling. Situasjonene i logg 1 og 2 (side 44 og side 77) er, etter min mening, eksempler på en uformidlet og ubevisst maktutøvelse som har dype røtter. I første omgang kan situasjonene se ”enkle” ut og man kan komme til å hevde at legene gjør feil og sykepleiere er feige som ikke tar mer ansvar for å gjøre det moralsk riktige. Men i følge Bourdieus antakelser om doxisk erfaring og doxisk tilslutning tyder mye på at man er forbundet med hverandre i det hierarkiske samarbeidet, med tråder som ikke er synlige eller bevisste og som fanger en i situasjonen, uten at man kan forklare hva som styrte ens egne handlinger.

## 5.9 Tradisjonell makt – i endring og i nye former

Makt finnes i alle sosiale relasjoner. Sykepleiere har makt, for eksempel overfor pasienten eller enkelte grupper av andre yrkesutøvere i helsevesenet som for eksempel hjelpepleiere og pleieassistenter. Noen vil hevde at sykepleiere også har en type makt over legene i enkelte situasjoner, der sykepleiere framstiller sine observasjoner og pasientens situasjon på en måte som får legene til å ta den beslutningen sykepleiere ønsker, eller som sykepleiere i realiteten



allerede har tatt (Stein 1967). Som tidligere beskrevet, er det tradisjonelt et klart maktforhold mellom leger og sykepleiere, der legen har hatt størst makt (Melby 1990, Benner m. fl. 1996). Maktforholdet er imidlertid ikke statisk. Mange endringer i ansvar og arbeidsoppgaver har skjedd i løpet av sykepleiens historie.

Det kan ikke sies at legene har en rendyrket patriarkalsk makt på sykehusene i dag. Likevel gjør patriarkalske tankemønstre seg gjeldende på mange områder i vårt samfunn selv i vår moderne tid, også innenfor sykehusvesenet (Brodcorp og Rugkåsa 2009, s. 73, Svensson m.fl. m.fl. 1998, s. 101).

Man kan hevde at Webers maktteorier er skrevet ut fra forhold i et annet århundre der samfunnsforholdene var helt annerledes enn i dag, og dermed kan begrepene og virke gammeldags, både når det gjelder patriarkisk makt, herredømmer og standsstruktur. Likevel finner jeg det fruktbart å benytte Webers teorier i sammenheng med medisinsk maktstruktur, og synes å kjenne igjen strukturene Weber skisserer, selv om man nå benytter andre navn på begrepene. Relevansen ved bruk av Webers teorier styrkes også av at anerkjente forfattere som er opptatt av makt innen helsetjenesten, Martinsen (2003b) og Ellingsæter og Solheim (2002) benytter Webers maktteorier i sine diskusjoner.

Forholdet mellom sykepleiere og leger kan, også i dag, sies å ha en form for *standsstruktur*, som Weber (1971, s. 96) kaller det. Begrepet stammer fra ”stendersamfunnet” der samfunnet var delt inn i grupper: adel, geistlighet og borger. I en standsstruktur snakker man om herskere og tjenere. Standsstrukturen i helsevesenet gir seg uttrykk i at sykepleiere og leger befinner seg i hver sin gruppe, med ulik makt, autoritet og status. Legene kan, som vi har vært inne på tidligere, bestemme hva andre profesjoner skal gjøre. Sykepleierne er likevel ikke legenes personlige tjenere, slik Weber beskriver standsstrukturen. Sykepleiere er i mange deler av sitt arbeid uavhengige av legene og har en selvstendig funksjon (Temahefte 2008, Kirkevold 2001, Henderson 1998). Sykepleiere administrerer seg selv, men kun i et begrenset omfang. Forvaltningsområdet er delt mellom sykepleiere og leger, men jeg vil påstå at det fortsatt er slik i noen forhold at ”tradisjon, privilegium, føydale eller patrimoniale troskapsforhold, standsære og god vilje regulerer forholdet”, slik Weber (1975, s. 96) uttrykker det.

Standsstrukturen kommer til uttrykk i ulike former. Et eksempel kan være den endringen som har skjedd i ledelsesstrukturer på sykehusene de siste årene.

Sykepleiere har siden 1980- årene ledet sin egen profesjon og legene har ledet sin profesjon. Den enhetlige todelte ledelsesmodellen innebar at seksjonene eller avdelingene ble ledet av en sykepleier og en lege, med et felles driftsansvar og et særskilt fagansvar for sin egen tjeneste.

Modellen ble innført fordi man anså at medisinsk kompetanse ikke lenger var tilstrekkelig grunnlag for ledelsesmessig autoritet på sykehus (Normann 2001). I forlengelsen av todelt enhetlig ledelse innførte enkelte sykehus en egen divisjon for sykepleie, der sykepleierne styrte sin egen drift på hele sykehuset. Det hevdes fra sykepleieledere på sykehus med egen sykepleiedivisjon, at sykepleierne fikk liten støtte for denne organiseringen og at legene lagde mye støy som gjorde vedtak vanskelig, mens legene på sin side hevder at pasientsikkerheten ble dårligere med denne ledelsesmodellen (Østby 2010).

Modellen med egen sykepleierdivisjon har nå blitt forkastet på en del sykehus. I praksis er det nå slik at leger oftest har den ledende stillingen på avdelingen. Dermed blir leger også ledere for sykepleierne, noe som ansees som uheldig av mange sykepleiere fordi de hevder at støtten til profesjonen og dens ansvar og selvstendighet forsvinner. Noen sykepleiere hevder at endringen i ledelsesstrukturen er en medisinsk maktutøvelse som i ytterste konsekvens vil gi dårligere samarbeide mellom sykepleiere og leger og dernest fare for utvikling av stress og frustrasjon over systemet. Sykepleierne føler at de ikke får støtte i relasjon til sitt fag og ansvarsområde (ibid). Marit Aakre (2010), leder for rådet for sykepleieetikk, kommenterer på nettsiden Sykepleien.no, at sykepleieprofesjonen skvises ut i helseforetak der ”medisinsk dominante kulturer med sterk akademisk og markedsideologisk styring har stor innflytelse”. Hun påpeker at kvaliteten på sykepleien er avgjørende for pasientenes behandlingsresultat og at kompetent og verdibevisst ledelse er nødvendig for å få godt nivå på sykepleien som gis til pasientene. Hun stiller spørsmål ved om personer fra andre profesjoner kan tilby den type ledelse sykepleiere har behov for (ibid). At leger og ikke sykepleiere skal lede sykepleiefaget, kan sies å være en ny versjon av legenes tradisjonelle makt.

Hvis det er slik at ”tradisjon, privilegium, føydale eller patrimoniale troskapsforhold” regulerer forholdet mellom leger og sykepleiere, kan dominansforholdene være en av forklaringene på hvorfor sykepleierne ikke la mer vekt på egne observasjoner og synspunkter i logg 1. Det kan også tolkes som manglende respekt for eget arbeid og eget skjønn. Hvilke konsekvenser ville det fått om operasjonssykepleierne ikke hadde gitt seg? Det får vi aldri vite, men det kunne ha ført til en ubehagelig situasjon for operasjonssykepleierne i situasjonen, men også på lengre sikt. Operasjonssykepleiernes servile holdning kan ha vært frykt for å ”komme i unåde” hos kirurgene de skulle jobbe tett sammen med videre. På en annen side kunne det ha ført til at de vant større respekt hvis de hadde talt pasientens sak på

en bedre måte– de hadde tross alt rett. Kanskje ville en mer eksplisitt kommunikasjon gjort at legene inntok en mer lyttende og respekterende holdning i fremtiden.

Sykepleieres syn på eget fag vil bli ytterligere diskutert i delkapittelet om Maktens konsekvenser side 70-76.

## 5.10 Karismatisk makt

Karismatisk herredømme karakteriseres ved følelsesmessig hengivelse fra undersåttene til herrens person og hans personlige egenskaper. Weber (1971) peker også på ”den alminnelige, personlige nådegaves autoritet” og peker på sterk karisma som en årsak til eller form for makt, altså at man adlyder personer med karisma/utstråling. Weber hevder at karismatiske personer har anlegg eller egenskaper som får andre personer til å hengi seg til ”førerens” befalinger. Karismatisk herredømme er makt på individnivå der den enkeltes verdier, holdninger og egne motiver har betydning for maktutøvelsen. Herren eller føreren ses på som leder og adlydes utelukkende på grunn av hans helt spesielle egenskaper, ikke på grunn av regler eller tradisjonsbetinget verdighet.

Det er vanlig å tenke på Hitler eller Gandhi som eksempler på personer med karismatisk makt, selv om disse herrer på helt ulike måter var av et annet kaliber enn det vi generelt snakker om i denne oppgaven. Karismatisk herredømme er en noe foreldet måte å se ledere eller profesjonsutøvere i sykehus på. Likevel skal man ikke se bort fra at enkelt personer med autoritet og retoriske egenskaper eller spesiell sjarme, kan få sin vilje igjennom oftere enn de med mindre av de nevnte egenskaper, til tross for at de ikke nødvendigvis har mer kunnskap eller annen legal eller faglig autoritet enn andre.

Hvilke egenskaper eller anlegg hadde kirurgene som er beskrevet i logg 1. Det kan være at de erfarne operasjonssykepleierne hadde et positivt forhold til legene der de, fra tidligere erfaringer, hadde grunn til å se opp til deres personlige og/eller faglige egenskaper og at tidligere positive erfaringer skapte forvirring i situasjonen. Kirurgene var kanskje spesielt dyktige og kanskje ansett som svært sympatiske i andre sammenhenger. Kan det være en grunn til hvorfor operasjonssykepleierne ikke viste faglig indignasjon eller frustrasjon og hevet stemmen mer, og hvorfor de ikke gikk til sine nærmeste overordnede i løpet av situasjonen? Det kan være vanskelig å oppdage at de man respekterer gjør feil, fordi man stoler på deres egenskaper og tror at de gjør det riktige. Det kan bli problematisk for en selv å

gjøre mer enn å si i fra på en høflig måte, selv om man mener at noe er galt fordi man har stor respekt for personens autoritet og fagkunnskap.

### 5.11 Symbolsk og kulturell makt

Hvilken rolle spiller symboler og kultur i forholdet mellom sykepleiere og leger?

Bourdieu (1996) hevder at symboler er de fremste redskapene for sosial integrasjon.

Symbolene, som ligger både implisitt og eksplisitt i en gruppes kommunikasjon og kunnskap, gjør det mulig for gruppens medlemmer å komme fram til en konsensus i sin samhandling.

Symbolsk makt kan vises i symboler eller kjennetegn som *språk*<sup>11</sup>, klær, *væremåter*, verdier, normer og andre uttrykk som medvirker til å danne en kultur, eller i vårt tilfelle: en subkultur. Symbolene er viktige fordi de uttrykker en felles virkelighetsforståelse og identitet.

Bourdieu (ibid) sier videre at symbolsk makt er makt til å konstruere verden og at symboler kan brukes som strukturerende eller dominansskapende redskaper. I forholdet mellom sykepleiere og leger er disse redskapene ordene som blir brukt og den adferd som synes, altså verbal og nonverbal kommunikasjon.

Språket kan skape eller fastholde sosiale likheter eller forskjeller. Det asymmetriske maktforholdet mellom leger og sykepleiere kan minskes eller økes gjennom kommunikasjon, og dersom kommunikasjonen er asymmetrisk, der legen har definisjonsmakt over hva det skal snakkes om og hvem som snakker og hvem som lytter, styrker han sin posisjon. Språket er dermed ikke nøytralt. Bak ordene ligger det en forståelse og et verdigrunnlag, som for eksempel de implisertes menneskesyn (Brodorp og Rugkåsa 2009).

Bourdieu (1994 s. 38) påpeker at symbolsk makt kan være usynlige og at den kan utøves med delaktighet av de som ikke vet at de ligger under for den, eller ikke vet at de utøver den.

Maktforholdet er altså ikke nødvendigvis bevisst for partene. Løgstrup (1982, s.11–12) skriver at:

”Magten i de umiddelbare relationer er sig langt fra alltid bevidst, og det hva enten magten er den man selv udover eller den man er genstand for. Det kan synes mærkeligt, ettersom magten i de umiddelbare forhold mennesker i mellem er så nærværende som noget kan være. Dog kan akkurat det være årsagen til, at man ikke er sig magtudøvelsen bevidst; man er for tæt på. En annen årsag til, at man ikke skænker det en tanke at magt er på færde, kan være at det går godt. Men selv når det går galt og magten misbruges, som når en enkelt dominerer og ikke lader nogen anden komme til, tænker man mer på det som hæmningsløshed og selvoptagethed end som magtmisbrug”.

---

<sup>11</sup> Min kursivering

Her kan vi se at Bourdieus og Løgstrups tanker er sammenfallende når det gjelder synet på bevissthetsnivået i relasjoner. Løgstrup viser her at man er så tett på maktens språk eller uttrykk, at man ikke ser den.

Det kan være at operasjonssykepleierne ikke er seg bevisst at situasjonen kan oppfattes som maktmisbruk. Alle partene i situasjonen er en del av den konstruerte virkeligheten og man er dermed vant til at stemningen, tonen, talemåtene og adferden er på denne måten. Mennesker uten kjennskap til miljøet på operasjonsavdelinger, for eksempel nye studenter reagerer av og til på det som kan oppfattes som maktmisbruk. Nye øyne ser på et miljø uten å være del av denne virkeligheten, og de kan tydeligere se avvik og likheter med ellers allmenne omgangsformer.

Symbolsk og kulturell makt finnes i andre typer miljøer og i andre bransjer enn helsevesenet. Ved å få innblikk i miljøet i bankvesenet, håndverksbedrifter og innen akademiske institusjoner, vil man som utenforstående oppfatte tydelige symboler som de ansatte kanskje ikke reagerer på lenger, eller som har en annen betydning enn den man umiddelbart opplever. Det kan være kleskodekser i bankmiljøet, tonen eller språket mellom mester og svenn i håndverksbedrifter, eller adferd som skaper intriger, som Helene Uri (2010) beskriver i sin roman med røtter i universitetsmiljøet.

De spesielle kodene ved sykehusmiljø er adferd, språk og også klær som skaper et strikt avskilt forholdet mellom de ulike profesjonene. Symbolene viser klart et hierarki mellom dem og dermed også mellom kjønn ettersom flest leger ennå er menn og de fleste sykepleiere er kvinner (Statistisk sentralbyrå 2008). Min erfaring er at eksempler på koder i sykehusmiljøet kan være synlig stetoskop i lommen som leger pleier å ha eller grønn operasjonsoverdel under hvit frakk som anestesileger ofte har. Anestesipersonalet bærer ofte smykker og klokke, til tross for at adferden strider mot hygieniske regler på sykehus. I det siste eksemplet kan det virke som om symboler som forteller om tilhørighet til en gruppe er så viktig at hygieniske prinsipper og regler nedprioriteres.

Studenten forteller oss at hun er frustrert over kirurgenes ignorering av opplysninger fra operasjonssykepleierne og over det dårlige samarbeidet, og hun skriver at kirurgene viste manglende respekt for operasjonssykepleiernes arbeidsoppgaver. Studenten reagerer kanskje mer enn de erfarne operasjonssykepleierne på en oppførsel som ikke ville blitt akseptert ellers i samfunnet. Hun er sannsynligvis ikke helt inne i miljøet og ser og reagerer, etter min mening, helt adekvat på den væremåten ansvarshavende kirurg presterer. De andre

operasjonssykepleierne har blitt sosialisert inn i operasjonsstuens subkultur og reagerer ikke så mye på slik adferd lenger.

## 5.12 Maktens konsekvenser

I videreutdanningen i operasjonssykepleie er det å tørre å ta plass, ta ”rommet” for å kunne kommunisere i det kirurgiske teamet noe vi diskuterer ofte. Studentene forteller at det skal mot til for å heve røsten i operasjonsteamet, der både respekten for det arbeidet som utføres, respekt for autoriteter og usikkerhet på hvilket tidspunkts som skal velges for kommunikasjonen, er reell. Hvordan kommunikasjonsformen skal være er ikke noe som diskuteres systematisk eller tverrfaglig i klinikken, derfor må man selv finne ut hvordan skal gjøres best mulig i den enkelte situasjon. Kan den implisitte kommunikasjonsformen være årsak til at deltagerne i teamet ikke har noen felles forståelse av hvordan kommunikasjonen kan eller skal foregå under operasjoner?

En ny prosedyre, ”Time out” eller ”Trygg kirurgi”, er i ferd med å innføres ved enkelte operasjonsavdelinger i Norge. Fremgangsmåten er en pasientsikkerhetsprosedyre, som operasjonssykepleiere har ansvar for å utføre, der alle i operasjonsteamet skal delta i en kommunikasjon for å sikre seg at det er riktig pasient, hvilken operasjon som skal utføres, hvilke instrumenter som må være tilgjengelige osv. Prosedyren kan absolutt høyne sikkerheten for at man har riktig pasient og utfører riktig operasjon. Alle deltagere i operasjonsteamet vil bli mer synlige og arbeidsfordelingen blir kanskje mer klargjort. Mye mer usikkert er det om denne nye prosedyren vil ha noen innvirkning på maktforholdet og respekten mellom profesjonsutøverne. Det at medlemmer av ulike helseprofesjoner utfører en bestemt kommunikasjon og prosedyre sammen, vil ikke nødvendigvis føre til økt tverrfaglig samarbeid. Rangordningen i teamet vil være tydelig også i denne sammenhengen.

Den måten man kommuniserer med hverandre på i rollen som sykepleiere og leger læres etter hvert, og den er avhengig av de personene som er til stede. Kommunikasjonsformen er ikke nødvendigvis profesjonell og fruktbar, men det er nok ikke et rent kommunikasjonsproblem når operasjonssykepleierne ikke klarte å oppnå en fruktbar kontakt med legene i eksempelet i logg 1. Det skyldes sannsynligvis en kombinasjon av legal, tradisjonell og karismatisk makt.

Utøvelsen av makt vil, som vi har vist eksempler på tidligere, kunne påføre sykepleiere stress. I eksemplene i logg 1, og også i logg 2 (s.77) som vi skal se senere, har vi sett at ikke bare ble sykepleierne overhørt, de blir delaktige i en situasjon som ikke er gunstig for pasienten og setter sykepleierne i en moralsk problematisk posisjon.

Det er vanskelig å leve med kjennskapen til moralsk uholdbare situasjoner uten å gjøre noe med situasjonen. Når sykepleiere ikke gjør noe med det første initiale stresset kan det ifølge Jameton (1984) føre til reaktivt moralsk stress, som igjen kan gi symptomer som dårlig matlyst og søvnløshet. Noen sykepleiere klarer ikke lenger å være i den stillingen der man bli påført moralsk stress over tid(Rice m.fl.2008, Sundin-Huard og Fahy 1999).

Det er ikke uproblematisk å melde fra om uetiske eller umoralske situasjoner selv om ens profesjons yrkesetiske retningslinjer krever det. Oppslag i media og diskusjoner i fagmiljøet forteller om hvor vanskelig det kan bli på lengre sikt når man velger å varsle om kritikkverdige forhold der man er ansatt. Til tross for at såkalt varsling kan ses på som ytringsfrihet, og i mange tilfeller er det legalt og eller moralske riktige å gjøre, vil den som varsler kunne sitte igjen med ”svarteper”, altså vanskeligheter i forholdet til ledere og kollegaer. En kjent sak fra media er de tidligere Statoilansatte Platt og Andreassen som meldte fra om kritikkverdige forhold i Statoil, og dermed ble angrepet av sine kollegaer og ledere (Ursin 2006). I en kronikk i Aftenposten forteller en lærer og en sykepleier som varslet, at varsling er så livsødeleggende at de roper et varsko til andre om at man må tenke nøye igjennom om det virkelig er verdt å gå i gjennom de belastningene som varsleren får ved å melde fra om kritikkverdige forhold. De erfarte at fokuset dreies bort fra saken det varsles om til varslerens person, og de opplevde mobbing og psykisk terror. De erfarte å bli frosset ut av kollegaer, bli overflyttet til andre arbeidsplasser og fått andre arbeidsoppgaver. De uttrykker at det vanskeligste har vært at man står uten mulighet til å forsvare seg fordi alle argumenter blir møtt med at man er skyld i situasjonen selv (Bergvall m.fl. 2009). Eksemplet samsvarer med funn Zuzelo (2007) og Sundin-Huard og Fahy (1999) fant i sine studier, der sykepleiere ble forflyttet eller fikk andre arbeidsoppgaver da de meldte fra om uheldige praksiser på arbeidsplassen.

Ceci (2004) diskuterer i en artikkel (jf. side 28) hva som skjedde da sykepleiere meldte fra om bekymringer og stilte spørsmål om kirurgenes kvalifikasjoner da 12 barn døde rett etter at de hadde vært igjennom hjertekirurgi. Sykepleierne ble ikke hørt eller tatt på alvor da de på et tidlig tidspunkt meldte sin uro relatert til om kirurgene hadde de rette kvalifikasjonene. Ceci hevder at kjønn og hierarki hindret sykepleiernes mulighet til å bli hørt i denne saken. De som

sa i fra var kvinnelige sykepleiere og de som ble kritisert var mannlige kirurger, altså i stillinger som hadde høyere status og rang enn sykepleierne. Det ble etter hvert satt ned en kommisjon for å undersøke tilfellene, og de fant at pasientene hadde blitt påført lidelse og død på grunn av dårlig behandling, og at sykepleiere hadde juridisk rett og plikt til å si i fra. Eksemplet viser at selv der det har blitt gjort grove feil og utfallet ble svært alvorlig, er det meget vanskelig å varsle når systemet er hierarkisk bygd opp, og det i tillegg er et kjønnshierarki.

Det er uetisk ikke å si i fra i tilfeller der sykepleiere opplever at noe er galt, til tross for at det kan være vanskelig å stå opp mot det man opplever som overmakt. Begrunnelsen for at sykepleiere skal melde fra er nedfelt i sykepleiernes Yrkesetiske retningslinjer (2007) punkt 5.3: ”Sykepleieren melder fra og/eller varsler når pasienten utsettes for uforsvarlig eller kritikkverdige forhold. Lojalitet til arbeidsstedet skal ikke hindre”. Likeledes sier ICN etiske regler (2007) pkt. 4 og Arbeidsmiljøloven (2006) § 2-4 at sykepleiere har rett og plikt til å varsle. Altså er det ingen etisk eller juridisk grunn til ikke å varsle.

Likevel kan være andre forhold gjøre det vanskelig å varsle. Selv om man er lovbeskyttet mot hevnaksjoner eller represalier ved varsling (ibid § 2-5), har arbeidstagere erfart at de har blitt omplassert og frosset ut av ledere og medarbeidere. Varslere har tapt sine saker i retten, og det hevdes at det utfallet av rettsaken kan komme av at dommerne legger vekt på ”arbeidsgiverens styringsrett” og dermed ”tillates” lovbrudd og overgrep fra arbeidsgiverens side. Forfatterne av kronikken i Aftenposten mener at ingen bør varsle om alvorlige situasjoner før varslers rettigheter er mer avklart og sikret (Bergvall m.fl. 2009). Med erfaringer varslere har gjort som bakteppet, kan man forstå at mange som opplever uetiske og vanskelige situasjoner ikke ønsker, kan eller vil utsette seg for belastningene ved å varsle. Til tross for at de føler et moralsk stress og at de bryter etiske og juridiske lover ved ikke å si i fra.

I sammenheng med det som her har vært drøftet, er det interessant å se nærmere på hvordan sykepleiens kunnskapsgrunnlag dreies mot vitenskapelig basert kunnskap, og hvorfor dreiningen skjer og hvilken betydning det har for maktbalansen mellom sykepleiere og leger.

Når da Ellingsæter og Solheim (2002) hevder at antatte egenskaper, ferdigheter, kunnskaper og faglige kvalifikasjoner tilskrives ulik verdi og inngår i en hierarkisk relasjon av dominans og underordning, får profesjonenes kunnskapssyn betydning for samarbeidet dem i mellom.



Faglige kvalifikasjoner tilskrives ulik verdi. Det er ikke likegyldig hvilken kunnskap man har i et hierarki. Man blir i tillegg plassert på rangstigen etter antatte egenskaper, det vil si at det ikke en gang er hva du virkelig kan som sykepleiere eller lege som gir deg plasseringen, men det folk tror at sykepleiere og leger kan. Kjønn, profesjonsmakt og kontekst i et damspill definerer posisjonsmakten til den enkelte helsearbeider (ibid). Posisjonsmakt kan problematisere samarbeidet mellom profesjoner ytterligere, fordi det da kreves at de ulike profesjonene faktisk har kunnskap om hva andre profesjoner generelt skal kunne, og hva den du samarbeider med spesifikt kan. Kunnskaper om ulike profesjoner burde man kunne kreve av hverandre i gruppene når man samarbeider tett, selv om forskning viser at profesjonsutøvere har begrenset kunnskap om andre profesjoner (Jf. s. 87). Innsikt i hva den enkelte profesjonsutøver har av kunnskap og erfaring krever at systemet man jobber innenfor er laget slik at man møter igjen de samme personene slik at kjennskap og tillit kan bygges opp.

Foucaults maktforståelse er mer rettet mot hvordan etablering av ulike sosiale kategorier virker styrende, definerende og disiplinerende (Ellingsæter og Solheim 2002), snarere enn for eksempel Webers maktteorier som henviser til personen i systemet. Foucault (1995) henviser ikke til makt lokalisert innenfor spesielle systemer, som for eksempel staten eller institusjoner, men han hevder at makt finnes overalt i sosiale relasjoner. Han sier at det ikke finnes noen allmenn motsetning mellom dem som hersker og de som det herskes over. Foucaults (2003) tanker om makt er interessante og kan virke provoserende, for eksempel der han hevder at helsearbeidere er statens lojale innpiskere i sykehus og at helsearbeidere er med på å disiplinere samfunnet i forhold til hva som anses som normalt og unormalt. Likeledes er det tankevekkende at Vågan og Grimen diskuterer (2008) om Foucaults tanker om makt kan brukes til å hevde at sykepleiere har det de kaller ”pastoral makt”, det vil si at de har tatt over prestens makt i et verdslig samfunn. Makten kommer til syne ved rettledning, veiledning og omsorg for andre, der sykepleiere har makt til å påvirke med sitt syn på normalitet, funksjon og mestring, der presten tidligere påvirket for å frelse sjeler.

Foucault stiller mange spørsmål, men det kan synes som om han ikke gir alternative løsninger på de kritiske tankene han har om helsevesenet. I tillegg må det sies at hans mange bøker og tekster framstår som kompliserte. Det ikke er enkelt å få tak på de innfløyte tankene han fremstiller. Likevel mener jeg det er vanskelig å komme utenom Foucaults tanker om makt i denne oppgaven, fordi han fremstiller fenomener på en fengslende og opplysende måte. Dette kan eksemplifiseres ved at han hevder at makten har intet arnested, det er ingen som styrer det

samlede nettverk av makt som fungerer i samfunnet. Makten er derimot i alt og overalt, i alle mellommenneskelige relasjoner, i nettverk, grupper og statsapparat. Man kan altså ikke befinne seg utenfor makten eller unnslippe makten (Foucault 1995).

Hvis man overfører denne erkjennelsen til samarbeidet mellom sykepleiere og leger og legger til grunn den oppfatningen studier viser at leger har begrenset innblikk i sykepleieres kunnskap (Sterchi 2007, Krogstad m. fl. 2004), legges et stort ansvar på sykepleierne selv. De må eksplisitt vise sin spesielle kunnskap noe som kan gjøres ved å våge å gå i diskusjoner med andre profesjoner og opprettholde og utvikle sitt kunnskapsfelt slik at de har en faglig trygghet. Slik kan sykepleiere hevde sitt faglige og moralske syn til tross for at leger har den legale makten.

Maktforhold er forskjellige og oppleves forskjellig. Mange sykepleiere vil hevde at forholdet mellom makt og kunnskap er avklart og uproblematisk mellom sykepleiere og leger og at de opplever et godt samarbeid med leger der de to profesjonene respekterer hverandre ut fra deres ulike kunnskapsbakgrunner. Historiene som blir fortalt i loggene på side 44 og side 77 kan likevel tyde på at legens og sykepleieres ulike autoritet, kjønn og kunnskapssyn i mange tilfeller understøtter maktforholdet dem i mellom.

### 5.13 Oppsummering av kapittel 5

I og med at de ulike maktformene kan synes å gå mye i hverandre har jeg funnet det formålstjenlig å oppsummere dette kapitlet.

Weber (1971) hevder at det finnes tre legitimitetsgrunner for makt.

1) Legal makt, som også kan ses på som systemmakt, er begrunnet i den makt og kontrollfunksjon som institusjonen har og som man er deltagende i ved sin yrkesrolle. Legal makt baserer sin legitimitet på lover og regelverk. Kunnskapsmakt er en form for legal makt. Legene har monopol på det medisinske området. Det er ikke tette skott mellom legers og sykepleieres arbeidsoppgaver og ansvarsforhold fordi sykepleiere tenderer inn mot medisinske spørsmål i arbeidet med pasienter.

Martinsen (2003a) hevder at utøvere av sykepleieprofesjonen nedvurderer kliniske erfaring og legger mer vekt på vitenskapsbasert praksis, der forskningsresultater blir høyest verdsatt. Hun stiller spørsmål ved om dette er faglig positivt for sykepleien.

2) Tradisjonell makt får personer ut fra tradisjoner og skikker og denne for makt kan kalles patriarkalsk makt. Tradisjonell makt er preget av fravær av formelt lovverk. Personen med tradisjonell makt tar avgjørelser selv, ofte ut fra tradisjonelle tankemåter.

Kjønnsmakt er en form for tradisjonell makt. Bourdieu hevder at kjønnsmakt har en dyp og historisk forankring der det er legitimt å skille mellom kjønnene.

3) Karismatisk makt karakteriseres ved følelsesmessig underkastelse og hengivelse til menneskers personlige egenskaper.

I tillegg til Webers tre legitimitetsgrunner for makt vil Bourdieus (1999) tanker om symbolsk og kulturell makt ha betydning for samarbeidet mellom sykepleiere og leger. Symbolsk og kulturell makt vises ved kjennetegn som språk, klær eller væremåter. Symbolene uttrykker en felles virkelighetsforståelse og identitet.

Maktens konsekvenser kan være at det blir vanskelig for den som er underlagt makt å handle rett og å si i fra om moralsk og etiske vanskelige situasjoner.

Konsekvensene av makt bringer sykepleiere i ulike former for moralsk skvis som kan medføre utvikling av moralsk stress.

## 6.0 Samarbeid og etisk klima

I kapittelet om makt ble ulike maktformer diskutert og jeg pekte på mulige årsaker til utvikling av moralsk stress som en reaksjon på maktutøvelse. I dette kapitlet vil jeg vise til resultater fra de fem artiklene som utgjør mitt datamateriale og synliggjøre at sykepleiere og leger kan se forskjellig på hva samarbeid betyr. Bourdieus tanker om begrepet "habitus" settes i sammenheng til samarbeidsforholdet mellom sykepleiere og leger. Betydningen av et godt etisk samarbeidsklima vil bli drøftet i tilknytning til faren for å utvikle moralsk stress og mulige forbedringer som kan gjøres i samarbeidet mellom sykepleiere og leger vil bli diskutert. Også i dette kapitlet presenteres enlogg fra en operasjonssykepleierstudent.

I denne oppgaven defineres samarbeid som: "to communicate and make decisions with the expressed goal of satisfying the needs of the patient while respecting the qualities and abilities of each healthcare provider" (Thomas m.fl. 2003, s. 957). Denne definisjonen er valgt fordi den innehar de nøkkelordene jeg mener har betydning for temaet i denne oppgaven: kommunikasjon, ta avgjørelser for å tilfredsstille pasientens behov og respektere andre helsearbeideres kvaliteter og evner.

Samarbeid mellom profesjoner kan ikke forstås uten å erkjenne betydningen av det miljøet man arbeider i. *Ethical climate*, eller etisk klima er et begrep som er lite brukt i norsk fagsammenheng, men som kan ses brukt ofte i engelskspråklig litteratur. Begrepet brukes for å beskrive hvilke forhold, miljø eller klima helsearbeidere jobber under og hvilke muligheter helsearbeiderne har til å diskutere etiske og moralske spørsmål og få støtte i vanskelige situasjoner.

Jeg legger to beskrivelser av etisk klima til grunn for mine drøftinger: 1) et godt etisk klima beskrives av Pauly m.fl. (2009) som arbeidsforhold der det er høyde for etiske diskusjoner. Hvis et etisk miljø skal kunne kalles godt må det også være slik at man får støtte fra kollegaer og ledere når man erfarer moralsk eller etisk vanskelige situasjoner, og det må være aksept for og enighet om at prosedyrer og rutiner følges når det er mulig. Ut fra denne beskrivelsen regner jeg leger og sykepleiere som kollegaer. 2) McDaniel (i Corley m.fl. 2005) karakteriserer etiske omgivelser som: miljø der man blir rettleidet i verdier og inkludert i prioriteringer som sørger for at pasienter får en etisk god behandling.

## 6.1 Eksempel på et sammenstøt

De ulike maktformene som ble omtalt i kapittel 4 kan gi tentative svar på hvorfor styrkeforholdet mellom kirurger og operasjonssykepleiere har utviklet seg til det asymmetriske forholdet vi ser i dag. Foucault (1995) sier at man må forstå mangfoldet av de styrkeforhold som er iboende det feltet der makt utøves. I denne sammenheng vil det bety at maktforholdet mellom leger og sykepleiere er sammensatt og påvirket av mange faktorer. Foucault sier også at makt er det spillet der de små og store sammenstøt hele tiden skjer mellom mennesker og som danner forskyvninger eller motsetninger mellom dem. Dette styrker eller velter om på styrkeforholdene. Sammenstøtene kan bli et system eller et mønster der styrkeforholdene kan bli synlige i større sammenhenger, så som statsapparat, ledende politiske stillinger og i hierarkier.

Denne måten å se makt på er lett å kjenne igjen i forholdet mellom sykepleiere og leger. Mange situasjoner kan oppleves som sammenstøt, og ikke som et samarbeid for pasientens beste. Som et eksempel på et slikt sammenstøt vil jeg presentere en situasjon beskrevet av en operasjonssykepleierstudent i hennes logg.

### Logg 2

*Jeg skulle være koordinerende [operasjonssykepleier] og med et spesielt ansvar for mottaket for pasient, en jente på 6 år og moren. Min kontakt[sykepleier] skulle bare gå i bakgrunnen. Jenta var tidligere operert tre ganger. Anestesien hadde på forhånd gjort avtale med moren at det beste var å gi narkose intravenøst, men at de da måtte bruke makt for å holde armen slik at de fikk inn en svk [sentralt venekateter].*

*Når jenta kom inn på operasjonsstua, protesterte hun på å forlate senga si, nektet å komme over på operasjonsbord eller morens fang. Jeg forsøker å kjøpslå og får henne nesten på gli, helt til anestesilegen kommer. Han viser ingen nåde og forlanger at hun legger seg på [operasjons]bordet med en gang. Etter litt om og men går det, og jeg får henne til å fokusere på operasjonshetta, hun ønsket å få med seg en til broren og faren. Situasjonen er roet ned, men hun nekter å samarbeide, vil ikke ha på EKGelektroder, ha på SaO2 måler på fingeren og i hvert fall ikke bli stukket. Hun sitter på fanget til moren når hun skal få venefflon, hun har et godt låsetak over datterens ben, mens jeg holder armen. Anestesilegen må ha tre forsøk før han klarer å få inn en nål og blir tydelig stresset. Han kjefter på ungen, sier hun må være stille, da hysjer min kontaktsykepleier på han. Moren er fokusert på å holde henne fast, jeg holdt armen og forsøkte å avlede. Hun snakket om hva hun skulle til sommeren, om det røde bassenget hun skulle bade i og jeg forsøkte til tider å forklare at nå må du sitte fint, slik at*

*hun skal få medisiner som gjør at hun ikke får vondt. Etter tredje forsøket er nålen inne og jeg beroliger henne med at nå må hun sitte fint slik at vi får plastret og ikke trenger å gjøre det på nytt. Narkosen blir gitt og hun kan legges på operasjonsbordet. Jeg følger moren ut, som ser ut som hun takler det greit.*

*Når jeg og min kontakt kommer inn på stua igjen, holder anestesilegen på å legge inn tube, og når han ser oss får vi høre at "Nå var vi alt for mange her inne". Han snakker høyt og lenge om hvor forstyrrende vi var. Dette var rettet mest mot min kontakt, men så ser han på meg og sier at "og du sa at det ikke ble flere stikk enn det ene, det må du aldri si....." Jeg reagerte bare med å se spørrende på han, for jeg kunne ikke skjønne at jeg sa det. Anestesilegen snakket med min kontakt om det han hadde sagt til meg, hun sa at det er fint du gir beskjed og lot diskusjonen ligge.*

*Etter operasjonen reflekterte jeg sammen med min kontaktsykepleier over det som hadde skjedd, hvor vi begge var enige om at vi følte vi var til støtte for pasienten, ikke hadde vært i veien. Men var enige om at noen ganger så var det vel greit å svelge en "kamel" istedenfor å lage en konflikt mens pasienten ligger på operasjonsbordet. Jeg spurte om hun hadde hørt at jeg sa at det ikke ble flere stikk, noe som hun med en gang kunne med sikkerhet si at jeg ikke hadde sagt. Jeg mener at jeg opptrådte rolig i en stresset situasjon og klarte å avlede barnet. Mens fra en annens synspunkt så var jeg bare forstyrrende. En sak kan sees fra flere sider. Det mest positive i situasjonen er at jeg takler å hjelpe barn og mor i en stresset situasjon (i mine øyne). Jeg fikk "kjeft" for noe jeg ikke hadde sagt med flere tilhørere. Skjønner at han var stresset, men synes det var unødvendig. Kanskje han trengte en sydebukk eller å få ut litt aggresjon, men synes at det ikke var akseptabel oppførsel.*

*Synes det er vanskelig å se at barn har det vondt, og når man får til en viss avledning, så blir det oppfattet som forstyrrelse av andre. Det gjorde meg ikke så mye at han "kjeftet" på meg, det var mer unødvendig, det var verre å se på barnet som hadde det vondt og var redd.*

Beskrivelser og utsagn fra denne loggen vil bli brukt som eksempler for min diskusjon videre i oppgaven.

## **6.2 Holdninger til samarbeid**

Til tross for at leger og sykepleiere har lang tradisjon for å arbeide sammen om og med pasienter, kan det virke som om de ikke kjenner hverandres beveggrunner godt nok til å anerkjenne hverandres ulikheter.

Hvis man legger Thomas m.fl. (2003) sin definisjon av samarbeid til grunn, skal man samarbeide og kommunisere og ta avgjørelser med det uttrykte mål at pasientens behov skal tilfredsstilles, samtidig som man respekterer hver enkelt helsearbeiders kvalitet og evner. Dette er etter min mening en definisjon som ikke burde kreve for mye av helsearbeidere. Det å ha pasientens behov i fokus og diskutere hva som skal gjøres ved å benytte de impliserte helsearbeidernes kvalitet og evner, burde være en selvfølge.

Egne erfaringer i tillegg til pasienthistorier og pasientundersøkelser forteller oss imidlertid at dette dessverre ikke alltid er tilfelle. Den daglige hendelsen med å motta barn på operasjonsstua, slik som beskrevet i logg 2, er en situasjon der tverrfaglig samarbeid og godt etisk klima kunne imøtekomme barnets behov på en helt annen og mer profesjonell måte enn det tilfellet var i den situasjonen. Utfordringen kommer selvsagt i den konkrete og praktiske hverdag, der institusjonaliserte hindringer som hierarki og maktformer kommer til uttrykk.

For å kunne motvirke utviklingen av moralsk stress skal man ikke se bort fra at organisering og strukturering av arbeidet kan ha stor betydning. Gray (1989 i Gardener 2005) skisserer et opplegg for samarbeid der man: 1) avklarer hvem som skal delta i problemløsningen, 2) definerer problemet eller oppgaven som skal løses og 3) avklarer roller, ansvar og ressurser. er en modell som kunne øke muligheten for å bedre samarbeidet mellom profesjonen på operasjonsavdelingen, men det vil kreve at de respektive profesjonenes medlemmer kjenner sin egen rolle generelt og at hvert teammedlem er kjent med sitt ansvar overfor den enkelte pasient.

Både sykepleiere og leger burde få tid til å prioritere utarbeidelser av rutiner for samarbeid. Det kan forhindre at hierarki og maktformer står i veien for et godt samarbeid. Faste rutiner ville gi mindre rom for den enkeltes personlige mening om samarbeid mellom profesjonsutøverne.

Kunnskaper om og evnen til å kunne se og forstå konteksten og organisasjonen man jobber i, er essensielt for å kunne få til et godt samarbeid. Da må man forstå sammenhengen mellom ulike maktformer, politiske forhold og økonomi (Gardener 2005). For å øke denne kunnskapen kunne man i større grad vektlegge den generelle organisatoriske kunnskapen i studiet for både sykepleiere og for medisinerere i kombinasjon med kurs og informasjon om det spesielle ved den organisasjonen man blir ansatt i.

Det er også viktig med bevisstgjøring av yrkesutøvernes personlige egenskaper der god selvinnsikt, sette andres behov høyere enn sine egne og evne til å arbeide i en setting med

ulike kulturer verdsettes (ibid). Man kan ikke forvente at alle er positive til økt samarbeid, ettersom dette vil føre til endringer som vil utfordre både på det personlige og organisatoriske plan, men ved at begge yrkesgrupper får mer innsikt i den andres yrkesrolle, vil respekten for de verdier og kunnskaper den andre har, kunne øke.

Sykepleierteoretikeren Patricia Benner utga i 1996 boken "Expertise in Nursing Practice" sammen med Tanner og Chesla. Boken er en oppfølger til "Fra Novise til ekspert" (1995) som er en klassiker innen sykepleievitenskapen. I den svenske utgaven fra 1999 henviser forfatterne til flere studier fra 1970-, 1980- og 1990- tallet som viser at gode relasjoner mellom leger og sykepleiere bidrar til et bedre utfall for pasientene. Nyere forskning viser det samme: godt teamarbeid øker trivselen for sykepleierne og minsker risikoen for stress og utbrenthet og senker faren for å gjøre feil i behandlingen av pasienter (Makary m.fl.2006), og andre undersøkelser (Pauly m.fl. 2009, Torjuul og Sørli 2006) viser at pasientens behandling og pleie blir negativt påvirket ved dårlig samarbeid mellom profesjonene.

Sykepleiere kan oppleve frustrasjon dersom de på tross av sin etiske kompetanse ikke blir tatt med i diskusjoner i de etiske og moralske vurderinger som blir gjort på avdelingene angående pasientene, og/eller når de ikke får anerkjennelse for sin generelle og spesifikke kompetanse og den medisinske behandlingen de utfører (Olsvold 2010). Dårlig samarbeid med leger og annet helsepersonell kan føre til moralsk stress, ikke minst når den skyldes det Jameton (1984) anser som utøvelse av medisinsk makt, "exercise of medical power".

Gardener (2005) hevder at det er farlig å lage stereotypier av leger, sykepleiere og kjønn. Alle helsearbeidere mener ikke det samme og alle oppfører seg ikke alltid likt, selv om de tilhører samme profesjonsgruppe. Til tross for at man ikke kan sette alle i båser, er det naivt og kunnskapsløst ikke å diskutere mer generelle ulikheter mellom profesjoner.

Et hvert menneske har et sett med verdier, for forståelse og forutsetninger som vil prege den måten vi møter ulike situasjoner på. Hva vi mener om samarbeid, ulik verdsetting og hvilken erfaring vi har med samarbeid, vil ha betydning for hvordan vi samhandler i praksis. Til tross for at man må erkjenne ulikheter i personligheter og profesjoner er det å ha felles mål for og felles ønske om samarbeidet essensielt for et fruktbart samarbeid (Gardener 2005).

Det er liten tvil om at intensjonen for profesjonsutøvere er å ha pasientens behov i sentrum og å utføre sitt mandat og sin profesjon på best mulig måte. For at pasienten skal kunne få den best mulige behandling og pleie ville det optimale være at sykepleiere og leger støttet hverandre i deres unike og profesjonelle kunnskaper, ferdigheter og etiske standarder. Da ville



det sannsynligvis oppstått færre etiske og moralske vanskelige situasjoner som bunner i utfordringer ved samarbeidet, som er denne oppgavens fokus.

Mange studier har satt fokus på hvordan samarbeid mellom sykepleiere og leger fungerer (Sterchi 2007, Storch og Kenny 2007, Thomson, 2007, Makary m.fl. 2006, Rosenstein 2005, Gardener 2005, Krogstad m.fl. 2004, Rosenstein 2002, Gjerberg og Kjølørød 2001, Skjørshammer 2001, Lockhart-Wood 2000, Sexton m.fl. 2000).

Funn i alle fem artiklene i mitt datamateriale (Jf., s.19 og 114) viser at sykepleiernes spesielle kunnskaper eller faglige synspunkter ikke ble tilstrekkelig respektert eller hørt. ble blant annet synlig ved at sykepleieres etiske vurderinger ikke ble etterspurt (Pauly m.fl. 2009), sykepleieres vurdering av pasienters behov for smertestillende ble ikke tatt til følge (Rice m. fl. 2008) og forsøk på å påvirke pasientbehandling ledet til dårlig samarbeidsforhold (Sundin-Huard og Fahy 1999).

Likeledes viser fire av fem studier i datamateriale at samarbeid mellom leger og sykepleiere kan utløse moralsk stress hos sykepleiere. Sykepleiere i Pauly m.fl. (2009) studie oppgav ikke samarbeid som årsak til moralsk stress. Ut fra et begrenset datamateriale kan man selvsagt ikke generalisere, men det kan tyde på at mange sykepleiere opplever samarbeidsforholdet med leger moralsk stressende.

De fleste forskere som har etterspurt erfaringer med moralsk stress, har studert kun sykepleieres forhold til begrepet. Dette kan være en av grunnene til at de vitenskapelige artikler jeg har funnet har en tendens til å tale sykepleieres sak. Endringer i pasienters og legers trivsel er ikke undersøkt i disse studiene, men hvis feilprosenten på pasientbehandlingen går ned, er det i seg selv en årsak til at gode samarbeidsrelasjoner er verd å prioritere.

På en annen side kan man ikke se bort fra at leger opplever moralsk stress på en annen måte enn sykepleiere, at de for eksempel ikke opplever moralsk stress i forbindelse med samarbeid og at det er en grunn til at jeg ikke får treff på legers erfaringer når jeg søker etter artikkel med mine valgte mesh-ord (jf, s.19).

På operasjonsavdelingen er det oftest avklart hvem som skal delta inne på operasjonsstua. Anestesisykepleiere og operasjonssykepleierne samarbeider om å ta i mot pasienten og om forberedelsene som må gjøres før narkosen og operasjonen starter. Dette er vanligvis et velfungerende samarbeid med gode rutiner, og mange sykehus har nedskrevne prosedyrer for hva og hvordan mottaket gjøres sikkert og effektivt. Samarbeidet med anestesilegen og

kirurgene er ikke alltid nedfelt i prosedyrer, men hver avdeling og hvert sykehus har sine rutiner for når og hvordan leger blir tilkalt til operasjonsstua.

For å kunne motta en pasient på en trygg og profesjonell måte er det viktig å være forberedt på hvilke spesielle behov og problemer denne pasienten har. Operasjonssykepleierne forbereder seg ved å lese tilgjengelig informasjon fra journal, innkomstrapport og sykepleierapport. Anestesileger og kirurger forbereder seg også ved å lese journaler og rapporter. Dette gjøres hver for seg og legene snakker oftest ikke med sykepleierne før pasienten kommer til operasjonsavdelingen, utenom et formelt prioriteringsmøte der avdelingssykepleier er til stede og som oftest har en observerende rolle.

Altså står man i fare for at man har ulikt syn og ulik oppfatning av hvordan den enkelte pasient har det og hvordan man best skal kunne imøtekomme denne pasienten. betyr at man starter et samarbeid i en situasjon som kan være faglig krevende uten å ha gjort noen avtaler, avklaringer eller felles forberedelser, relatert til den aktuelle pasienten. Profesjonene har selvsagt sine funksjons- og ansvarsområder som er generelle og gjeldene ved alle inngrep eller operasjoner, men de spesielle problemer eller oppgaver som må løses og hvilke ansvar den enkelte person i teamet skal ha når det gjelder det spesielle ved pasienten, er ikke avklart.

Man vil kunne hevde at avklaringer vil være resurskrevende og ikke realiserbart innenfor rammen av tid til rådighet før hver operasjon. Jeg mener imidlertid at det skulle kunne være mulig dersom man, i tillegg til utarbeiding av mer generelle samarbeidsrutiner som følges ved hver operasjon, tenker nytt rundt prioriteringsmøtet der det i dag er flest leger tilstede. Representanter for operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere kunne fått større mulighet til å koordinere et samarbeid på slike møter. Spesielt en koordinering av personell ved mottak og forberedelse av pasienten kunne avklaring av roller være fruktbart, ja endog ressurs sparende i enkelte tilfeller, fordi misforståelser og feilkilder kunne vært ryddet av veien på et tidlig tidspunkt.

Verken problemavklaring eller avklaring av hvem som burde være til stede i situasjonen ble foretatt i eksemplet i logg 2, der det kan virke som om legen og sykepleierne så på mottaket av det redde barnet på forskjellig måte. Kanskje legen anså at ”problemet” ville bli løst på best måte ved at barnet fikk narkose raskt, mens sykepleierne anså at det ville være best for barnet å få narkose på en mest mulig skånsom måte, etter at tillit var blitt etablert.

I loggen skriver studenten: *”Jeg forsøker å kjøpslå og får henne nesten på gli, helt til anestesilegen kommer. Han viser ingen nåde og forlanger at hun legger seg på bordet med en gang”*. Utsagnet viser at operasjonssykepleierstudenten har et annet fokus enn legen.

Sykepleiere har en kunnskapsbakgrunn som verdsetter relasjoner høyt. For eksempel er mange sykepleiere godt kjent med sykepleieteoretiker Joyce Travelbees (1971) som vektlegger et menneske-til-menneske-forhold og hennes teori om interaksjonsfaser, der det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati og gjensidig forståelse og kontakt blir beskrevet og betegnet som viktige for ikke å se pasienten kun som ”enda en pasient”, men få pasienten til å framstå som unik.

Man kan få inntrykk av at det ikke finnes tradisjoner for eller ønske om å ha avklarende og strukturerende møter mellom lege- og sykepleierprofesjonene i somatiske sykehus der sykepleieres mening blir etterspurt. Det kan synes uklart om mangelen på struktur av samarbeidet er på grunn av den generelle og tradisjonelle medisinske maktstruktur, på grunn av at man ikke er vant til at det skal gjøres eller på grunn av dårlige samarbeidsrutiner. Personlige egenskaper hos den enkelte profesjonsutøver og hans eller hennes syn på samarbeid kan da bli avgjørende for hvordan samarbeidet blir.

Ved at rollene og ansvaret ikke avklares før pasienten mottas på operasjonsstua får uheldige konsekvenser for pasienten i logg 2, der anestesilegen uttrykte at de hadde vært alt for mange tilstede da barnet skulle få lagt inn veneflon og få narkose. Teamdeltagerne hadde ikke avtalt hvem som skulle snakke med barnet, informere barnet og moren, eller hvem som skulle være tilstede ved innledningen av narkosen. Man kan anta at legen ikke opplevde situasjonen som et rom der samarbeid mellom profesjonene ville kunne være til pasientens beste, eller han var ikke bevisst på at situasjonen kunne utnyttes på den måten. Kanskje anerkjente han ikke operasjonssykepleiernes kunnskaper og ferdigheter, og syntes de var i veien for ham og gjorde at han ikke kom ordentlig til. Legen brukte sin legale makt til å overkjøre sykepleierne, og viste ”ingen nåde”, verken med barnet eller operasjonssykepleierne.

Vi kan finne en allmennmenneskelig forklaring på hvorfor samarbeidsforhold som loggen beskriver kan gå galt, men som etter min mening kunne vært løst på en bedre måte hvis profesjonsutøverne hadde utnyttet hverandres ressurser bedre. Han kjenner kanskje et press fordi han skal prestere noe som blir vanskelig blant annet fordi det er mange mennesker tilstede. Det kan være at han fant situasjonen utfordrende og kanskje hadde han ikke mye erfaring med slike situasjoner. Det er menneskelig å kjenne på at situasjoner eller oppgaver

kan være vanskelige, og aggresjon eller irritasjon kan være et uttrykk for stress. Studenten som skriver loggen er inne på at anestesilegen hadde behov for en følelsesmessig utblåsning: ”Kanskje han trengte en syndebukk eller å få ut litt aggresjon...”, og hun velger å ikke ta opp det hun opplevde som uakseptabel oppførsel i den spente situasjonen.

Anestesilegers og kirurgers store ansvar i forbindelse med operasjoner, og mulige stressreaksjoner når det gjelder prestasjonsangst, er noe som man jevnlig reflekterer over i videreutdanningen av operasjonssykepleiere. Det arbeidet anestesileger og kirurger utfører under operasjoner, krever stor respekt. Det kan ha store konsekvenser for pasienten hvis noe går galt. Tolkning av anestesilegens følelser som prestasjonsangst kan være en av grunne til at operasjonssykepleierne i eksempelet velger ikke å diskutere legenes uønskede adferd i situasjonen. I så fall virker beslutningen om å ikke gjøre situasjonen enda vanskeligere som en klok begrunnelse.

Likevel kan man ikke unnskyld ubehøvlet og dominerende oppførsel fordi leger har stort press og mye ansvar. Er adferden upassende er det en mulighet å ta opp situasjonen etter at operasjonen er over, slik at vedkommende blir klar over hvordan adferden ble oppfattet.

Anestesilegen kunne brukt de andre profesjonsutøverne som en ressurs for å minske presset på seg selv. Hadde sykepleierne kunnet roe pasienten, ville hans arbeid ha blitt lettere. Jeg tror også at leger er fanget i et garn av tradisjoner, autoritet og tradisjonell makt som det kan være vanskelig å leve opp til. Gardener (2005) peker på at selv om det er viktig å planlegge og strukturere teamarbeid, må man være åpen for det spontane samarbeidet som kan oppstå i situasjoner man ikke har planlagt. Dette er etter hennes mening kanskje de beste samarbeidssituasjonene man opplever, fordi de oppstår naturlig. Det kan være vanskelig å uttrykke hva som gjør samarbeidet bra i slike situasjoner. Ofte er man ubevisst på hva som skjedde, hvem som gjorde hva og hvorfor det ble slik. Man må likevel være åpen for samarbeid i de situasjonene som byr seg fram. Dette forutsetter sannsynligvis en grunnleggende tillit til den andres profesjon og person.

Hva hadde skjedd hvis anestesilegen hadde sett på operasjonssykepleierne som en samarbeidsressurs som kunne ta vekk noe av presset for ham i strevet med å hjelpe det redde barnet? Det kan være at han kunne lært noe av måten de andre snakket med mor og barn eller oppførte seg mot dem, eller partene kunne lært å utnytte hverandres ressurser bedre ved å slippe den andre mer til. er nettopp det Gardener (2005) og Jørgensen (2010) mener er positivt med samarbeid, - man lærer noe av hverandre uten at situasjonens iboende maktforhold virker forstyrrende inn.

### 6.3 Situasjonens habitus

Bourdieu (1995) prøver å finne ut av om vi mennesker er frie til å velge våre handlinger selv, eller om vi er et resultat av samfunnsstrukturene rundt oss. Han hevder at vi ikke er bare det ene eller det andre, men en blanding. *Habitus* er en betegnelse på denne blandingen. Habitus kan forenklet sies å være tillærte smaks-, tanke- og adferdsmønstre. Vi sosialiseres inn i en kultur som setter seg i kroppen og som gir seg utslag i hvordan vi tenker, snakker og handler; det blir en del av vår personlighet og vi kroppsliggjør kulturen. Kulturen er i kroppen og blir del av vår habitus.

Habitus handler om formidlingen mellom individ og struktur. Habitus er individers og gruppers disposisjoner til å tenke, oppfatte verden og handle. Habitus skiller mellom ulike klasser og er avhengig av gruppers/individers posisjon i det sosiale rommet. Individer og grupper uttrykker aktivt habitus gjennom sine handlinger (Bourdieu 1995).

Bourdieu (1999) bruker habitusbegrepet til å analysere relasjoner mellom individers posisjon i det sosiale rommet, altså hvordan man posisjonerer seg selv og hvordan handlemåtene bidrar til å opprettholde makthierarkier. Han hevder at handlinger ikke er subjektivt motiverte, men motivert ut fra en virkelighetsforståelse som er knyttet til ens plassering i en sosial struktur i samfunnet. Gjennom sosialisering etableres ikke bare måter å tenke på, men også faktorer, språk, kroppsholdninger og bevegelsesmønstre. Oppførselen er lært gjennom praksis, i samhandling med andre, og er altså ikke nødvendigvis bevisst (ibid). Samarbeid mellom yrkesgrupper i sykehus er eksempler på habitus. Man sosialiseres inn i en virkelighet der man lærer hvordan man tiltaler og oppfører seg mot hverandre, uten at adferden er beskrevet, kanskje heller ikke uttalt, og dermed blir en mer eller mindre ubevisst kunnskap.

På en annen side kan det også være slik at man velger å gå inn i en rolle, en type adferdsmønster eller en tillært måte å oppføre seg på som synes hensiktsmessig. Da blir det ikke kun en ubevisst opplæring, men en fremgangsmåte personen bruker for å oppnå og bli oppfattet på en bestemt måte. Å kopiere et adferdsmønster kan være hensiktsmessig i den grad man bruker gode rollemodeller, og tilsvarende uheldig der man tillærer seg tankesett, språk og adferd som for eksempel virker urettmessig dominerende.

En annen årsak til at operasjonssykepleierne ikke gjør mer verbal motstand, kan være at de har opplevd lignende situasjoner tidligere og tenker at det ikke lar seg gjøre å si noe til nettopp disse kirurgene, fordi deres personlighet gjør det vanskelig å ha en god kommunikasjon.

Jeg mener altså at væremåter *kan* være valgte og subjektivt motiverte. Det vil etter min mening komme i tillegg til Bourdieus habitusbegrep; en tillært måte å være på, som også er lært gjennom praksis og i samhandling med andre, men som er mer bevisst enn den mer uoversiktlige og sosialiserte habitus.

Sykepleiernes og legenes habitus bidrar selvfølgelig til å ”konstruere verden”. Spørsmålet blir da om legenes habitus gjør det vanskelig for sykepleierne å kunne handle i samsvar med sin faglige kunnskap, moralske oppfatning og Yrkestiske retningslinjer (2007). Til tross for at sykepleiere og leger har svært likelydende etiske retningslinjer og Lov om helsepersonell (2000) § 4, om faglig forsvarlighet, gjelder både leger og sykepleiere, kan det se ut som om målet for de handlingene de utfører er forskjellig. Sykepleiere skal ha, slik jeg tolker Henderson (1998) og lovverket, fokuset på ”care”. Legene har ansvar for ”cure”. Ulikhetene burde ikke være en motsetning for at profesjoner kunne samarbeide der begge parter handlinger kan utfylle hverandre på en moralsk og etisk god måte.

Dessuten skal samarbeidsforholdet mellom leger og sykepleiere vare over tid og det er grunn til å tenke på at man bør holde en dempet tone for ikke å skape dårlige samarbeidsforhold. Å miste beherskelsen eller bli beskyldt for å miste beherskelsen, svekker ens egen legitimitet (Engelstad 2005). Spesielt er en ”smart” eller strategisk handlemåte viktig å tenke på for sykepleiere, fordi en studie i Olsvolds (2010) materiale viser at utagerende oppførsel fra en leges side ofte blir forklart med at han\hun har en vanskelig personlighet. Sinte eller grensesettende sykepleiere ble derimot oppfattet som ”sure kjerringer, hekser eller hurper”. Man skiller altså ut legene som individer, mens sykepleiere blir sett på som en gruppe (ibid). Denne generaliseringen av sykepleiere setter dem allerede i utgangspunktet i en posisjon som de må jobbe mot og med i sitt samarbeid med leger. Ut fra nevnte studie arbeider sykepleiere altså ikke kun som individer, men som representanter for en gruppe.

Når man sosialiseres inn i sine yrkesroller, lærer man av dem man arbeider sammen med og som skaper kulturen og miljøet. Dermed er det ingen automatikk i at endringer i kjønnsforskjeller og hierarkier ellers i samfunnet avspeiler seg like raskt i sykehusvesenet. Jeg tror mye av sykepleieres frustrasjon og moralske stress kommer av at det virker svært tidkrevende eller håpløst å endre på dårlige samarbeidsforhold og medisinsk maktstruktur, når det har oppstått, mellom sykepleiere og leger. Miljøet på sykehus kan virke gammeldags og

forsteinet, og når dette virker hemmende på den pleien, omsorgen og behandlingen sykepleiere ønsker å gi, kan det utløse reaktivt moralsk stress (Jf, s. 26).

#### 6.4 Legers syn på sykepleiere og vise versa

Webster (i Benner 1999) fant at medisinstudenter anså sykepleie som en form for utøvelse av medisinsk kunnskap eller en virksomhet som helt og holdent var avhengig av legens ledelse og overvåkning. Disse funnene kan tyde på at legene har mangelfull kjennskap til sykepleiens kompetanseområde og formål, i tillegg til manglende innsikt i hva sykepleiere arbeider med. Til tross for at Websters funn er fra 1999, og man kan anta at en utvikling har skjedd i samfunnet generelt og i medisinstudiet spesielt de siste ti årene, er det oppsiktsvekkende at medisinstudenter tenker at sykepleie er utøvelse av medisinske oppgaver. Her kan man ane at noen leger tenker at sykepleiere kun er legens assistenter, og hvis denne holdningen er utbredt vil sykepleierens selvstendige rolle bli utfordret.

Olsvold (2010) finner i sin studie at leger uttaler at de tenker at sykepleiere arbeider med driften av sykehusavdelingen og at de utfører lavt prioriterte legeoppgaver. Olsvolds funn samsvarer med Sterchi (2007) som også finner at leger har liten kunnskap om sykepleieres rolle og arbeid.

Krogstad m.fl. (2004) finner i sin studie at leger ikke synes de får de opplysningene de har behov for fra sykepleiere og at mangelen på ønsket informasjon oppfattes som om sykepleiere ikke har nok kunnskaper om den informasjonen legene etterspør.

(Operasjons)sykepleiere er som vi omtalte i side 43 en selvstendig profesjon og innehar selvstendige funksjoner (Jf. s.13) Hvilke kunnskaper man kan forvente at sykepleiere har, spesielt innenfor det medisinske feltet vil variere ut fra om sykepleiere er nyutdannet eller erfaren, eller det Benner (1995) vil kalle novise eller ekspert. Det vil, i likhet med hva man finner innen andre profesjoner, også være personavhengig. I tillegg kan usikkerhet fra sykepleiernes side ha noe med at leger er overordnet på det medisinske felt, og tradisjonelle hierarkiske forhold gjør at sykepleiere kan føle seg underdanige og velge å forbli tause, med fare for å virke lite kompetente. Også leger er uerfarne i starten av sine yrkeskarrierer, og sykepleiere kan enkelte ganger med god grunn betvile nyutdannede legers kompetanse.

På den andre siden kan sykepleiere være lite innstilt på å samarbeide med leger.

Sundin-Huard og Fahy (1999) finner at sykepleiere velger lite samarbeidsfremmende handlingsmåter i moralsk vanskelige situasjoner. Noe som samsvarer med Krogstad m.fl. s

(2004) funn: enkelte sykepleiere velger ikke å diskutere pasientanliggende med leger i sitt daglige arbeide. Forskerne hevder at en grunn til at sykepleiere ikke diskuterer med legene er at de ikke lenger ser på seg selv som legens observatører når det gjelder medisinske forhold hos pasientene. Sykepleiere i studien trakk seg vekk fra samarbeidet og forskerne mente å se sykepleiere i en situasjon som i økende grad var preget av ”underdog dissatisfaction”: de ville gjøre sitt arbeide selvstendig og ikke føle seg som legenes tjenere. Sykepleierne var misfornøyde med den posisjonen de hadde under legenes dominans. De ville bli hørt med sine selvstendige faglige begrunnelser vedrørende beslutninger som er viktige i pasientens helende prosess. Økt selvstendighet ble ikke nødvendigvis ansett som negativt for samarbeidet fra sykepleiernes side. Sykepleiernes adferd kan tolkes slik at sykepleiere anså seg som fristilt fra medisinen og så at legene kunne ha andre mål enn sykepleiere.

Man kan hevde at denne måten å arbeide på ikke driver frem tverrfaglige samarbeid. Et slikt syn på samarbeid er ikke ideelt, idet samarbeid mellom profesjonene fremmer pasientens behandlingsresultat. I tillegg er det selvfølgelig ulovlig og uetisk å arbeide selvstendig for sykepleiere innen medisinske forhold. Jeg finner ikke belegg for å påstå at sykepleiere tar seg til rette utover sitt ansvar, og fokuset her er da heller ikke om så skjer. Likevel kan man ikke se bort fra at maktstrukturene på sykehus kan føre til dårlige samarbeid fordi sykepleiere som føler seg i en underlegen posisjon ønsker å opponere mot legeprofesjonen gjennom å understreke selvstendighet, og på en måte som underminering av et fruktbart samarbeid. For eksempel har den nye, organisatoriske ledelsesstrukturen som er omtalt side 66, møtt kraftige protester fra sykepleiehold, noe som igjen kan føre til negative følelser hos sykepleiere fordi det oppleves som at den nye og legestyrte strukturen fører til at sykepleieprofesjonen blir undervurdert. Det som kan føles som maktovergrep kan fremme en profesjonskamp med fare for at pasientens beste ikke blir hovedanliggende i enkelte situasjoner.

En motsetning til at sykepleiere ikke ønsker samarbeid, påviser Osvolds (2010) i sin doktoravhandling, ved at sykepleiere i noen tilfeller er mer opptatt av å få i stand samarbeidsprosesser enn leger. Olsvold forteller om sykepleiere som initierte et møte som de håpet skulle fremme tverrfaglig samarbeid. Sykepleiere måtte ”mase seg til” møtet, noe legene motvillig prioriterte. Møtet ble en oppvisning i bruk av hersketeknikk, i det legene ikke berammet møtet til en bestemt tid, og sykepleiere bokstavelig talt måtte ”vente på gangen” og i selve møtet overså legene sykepleierne totalt til tross for at sykepleierne hadde initierte til



møtet og eksplisitt hadde uttrykt at møtet var del i et samarbeid for å skape et forum/klima der samarbeid skulle fremmes.

Den part som sitter med mest makt, det være seg tradisjonsmakt, kunnskapsmakt eller legal makt, i et forhold vil sannsynligvis oppleve samhandlingen annerledes enn den som er autoritetsmessig underlegen og mottar ordrene. "Samarbeid" kan da fra den med mest makt anses å være det å gi ordre og forordne, og godt samarbeid oppleves ved at ordrene blir fulgt (Makary 2006). Forskerne diskuterer om ikke det er lettere å være fornøyd med en type samarbeid når man er overordnet enn underordnet. kan forklare Krogstads m. fl. (2004) funn at sykepleiere ser mindre positivt på samarbeidet med legene enn vise versa.

I tre norske studier gjengitt i Krogstad m.fl. (2004) fant forskerne indikasjoner på at interprofesjonelt - samarbeid ikke ble sett på som problematisk, spesielt ikke av mannlige leger. Kvinnelig leger rapporterte dog at de fikk mindre service av kvinnelige sykepleiere enn sine mannlige kollegaer. De mannlige legenes tilfredshet med samarbeidet kan tolkes slik at de syntes assistansen de fikk av sykepleiere var tilfredsstillende og de opplevde det som godt samarbeid. De kvinnelige legene, som ikke fikk den samme servicen, fant ut at de måtte "bli venn" med sykepleierne for å oppnå tilfredsstillende samarbeid med sykepleiere.

En annen interessant studie utført av Gjerberg og Kjølørød (2001) viser at kvinnelige sykepleiere mener at kvinnelige leger får klare å ordne opp mer selv for eksempel i forbindelse med å finne journaler eller rydde opp etter undersøkelser og lignende. Her kan man ane at et tradisjonelt stereotypisk kjønnsperspektiv kommer til syne ved sykepleiernes måte å forholde seg til leger på.

Til tross for motforestillingene leger kan ha mot et nærmere samarbeid med sykepleiere, finner forskerne at leger hevder å være mer fornøyd med det eksisterende samarbeidet enn det sykepleiere gir uttrykk for (Krogstad m.fl. 2004).

Slik jeg ser det, handler Olsvolds (2010), Krogstad m.fl. (2004) og Gjerberg og Kjølørød (2001) funn om flere ting: ønske fra sykepleiere om styrking av sykepleieres posisjon overfor legene og mer samarbeid med avklaring av ansvarsforhold. kan virke truende for legenes posisjon, oppfattes som kritikk av deres arbeid eller virke irriterende på legene fordi sykepleiere prøver å hevde seg innenfor et felt der legene mener å ha best kompetanse. Men det kan også handle om undervurdering og eller uvitenhet om sykepleieres kunnskaper fra legenes side og uklarhet angående hva leger kan forvente å få av informasjon av sykepleiere og generelt få ut av et godt, gjensidig tverrfaglig samarbeid.

Sykepleierne derimot forventer et samarbeid som går ut over å være legenes observatører og utføre delegert arbeid. De vil ha anerkjennelse for deres selvstendige bidrag inn i behandlingen, slik at det kommer klarere fram at pasientens behandling er et felles prosjekt.

Vi har sett at enkelt sykepleiere ønsker mer samarbeid med leger og andre gjør det ikke. En slik motsetning kan tolkes slik at enkelte sykepleiere er lei av å bli ”brukt” som legens assistenter (Krogstad m.fl. 2004, Sundin-Huard og Fahy 1999) og ønsker å fjerne seg fra dette. Andre sykepleiere har muligens kommet lengre i sine refleksjoner i det de søker å initiere møter for å avklare samarbeidsforhold (Olsvold 2010) slik at pasientbehandlingen og pleien skal bli bedre.

Sykepleier og professor i etikk Per Nortvedt (2010) uttaler i en fagartikkel på nettstedet sykepleien.no at et viktig prinsipp i beslutningsprosesser rundt pasienten skal bygge på gjensidighet gjennom at respekt og tillit brukes mellom profesjonen og pasienten, til pasientens beste. En utvidet deltagelse i beslutningsprosessen betyr ikke at ansvarsforhold skal ”dumpes” i fanget til pasienter, pårørende eller sykepleiere, men at alles ressurser skal brukes på en demokratisk måte for å skape trygghet gjennom et gjensidig forhold. Det at pasient og sykepleiere blir mer deltagende i prosessen vil ikke rokke ved legens juridiske og vedtatte beslutningsansvar, men beslutninger kan bli tatt på et bredere grunnlag gjennom at alle parter blir hørt. Nortvedt hevder at sykepleiere har en nøkkelrolle i prosessen der samarbeid mellom helsearbeiderne og pasientene skal drives fram, fordi sykepleiere i sengeposter er de som kjenner pasientens totale situasjon best og som er mest tilstede sammen med pasienter og pårørende (ibid). Fra sykepleieres side vil det å leve opp til en slik nøkkelrolle kreve at de har klar tale, er faglig oppdaterte og etiske bevisste. Fra legenes side vil det kreve at de respekterer sykepleiere og deres kompetanse slik at de tar sykepleieprofesjonen på alvor og ikke slik vi kan få inntrykk av i Olsvolds (2010) beretning (Jf. side 88) om sykepleiere som ønsket å ta ansvar for samarbeid, men som ble totalt neglisjert.

## 6.5 Kommunikasjonsutfordringer

Legers manglende respekt eller lydhørhet over for sykepleiere kan henge sammen med kommunikasjonsformer eller kommunikasjonsferdigheter. For å oppnå et godt samarbeid må sykepleiere og leger ha gode kunnskaper om kommunikasjon og samarbeid og kommunisere konstruktivt med det felles mål at pasientens behov skal dekkes, samtidig som man

respekterer den andre helsearbeiderens kvaliteter og muligheter. Hvis man ser på samarbeid som en prosess med gjensidig skapende utvikling, kan man hevde at vi så å si skaper oss selv og hverandre i slike prosesser, fordi vi synliggjør vår egen og hverandres kunnskap og muligheter. Samtidig vil samarbeidet, når det går bra, skape dynamikk, synergi, læring og utvikling i de sosiale sammenhengene (Jørgensen 2010). Kvaliteten på de gjensidig skapende prosessene eller samarbeidet vil avhenge av kommunikasjonen mellom partene. Flere kommunikasjonsteoretikere som Madsen og Watzlawick (i Jørgensen 2010) påpeker at interaksjonen mellom mennesker er kommunikatív, det vil i vårt tilfelle si at samhandling eller samarbeid ikke kan foregå uten at alle parter kommuniserer, verbalt og nonverbalt, enten vi vil eller ikke. Påstanden kan virke banal, men den får en viktig betydning der profesjonene står i fare for å misforstå hverandre, hvis partene ikke uttrykker sitt synspunkt eksplisitt, for eksempel som i logg 2 side 77. Der kommuniserer operasjonssykepleierne ikke eksplisitt at de synes barnet bør få en bedre behandling. En bedre kommunikasjon kunne her ha skapt en bedre samhandling mellom profesjonene.

Hvis vi ser på et eksempel fra sengeavdelinger, fant Coeling og Wilcox (1994, i Gardener 2005) at i samtaler mellom leger og sykepleiere var leger opptatt av budskapet og innholdet i samtalen, mens sykepleiere var mest opptatt av det relasjonelle i kommunikasjonen. Leger fokuserte på faktiske opplysninger de fikk fra sykepleierne, mens sykepleiere valgte bekreftende kommunikasjon, der de ville ha anerkjennelse eller godkjennelse fra legen på ideer eller tiltak som de skulle utføre. Denne kontrasten i kommunikasjonen mellom profesjonene viser at man kan ha forskjellig mål med kommunikasjonen. Denne ulikheten kan påvirke muligheten for å ta beslutninger og samarbeide (ibid), ettersom legen kanskje ikke får svar på det han etterspør og sykepleierne kanskje ikke får støtte der de ønsker det. Denne ulikheten i kommunikasjonen kan føre til frustrasjoner fra begge parter. Legene får ikke det han er opptatt av i samtalen, nemlig observasjoner og data som kan brukes i den videre behandlingen av pasienten og sykepleieren kan bli frustrert fordi legens kommunikasjonsform kan oppfattes som om han ikke er opptatt av hele pasienten, men kun de opplysninger som handler om sykdomsforløpet og behandlingen. Denne ulikhet i kommunikasjon kan være forårsaket av at legen tenker mest på behandling av pasientens diagnose mens sykepleierne kanskje tenker at de harde data som legene er ute etter kun er en del av det sykepleierne erfarer som pasientens sammensatte helsesvikt. Ulikt formål med kommunikasjonen kan være en årsak til det Torjuul og Sørli (2006) fant at sykepleiere uttrykker frustrasjon når kirurgene

kun var interessert i diagnose og behandling og ikke i holistisk behandling, og/eller legene virket uinteresserte i pasientens smerte eller depresjon.

Hvis det er slik at sykepleiere legger mest vekt på det relasjonelle og pasientens totale tilstand og mindre vekt på de observasjoner og data legene er interesserte i, kan ulikt fokus forårsake misforståelser mellom profesjonene.

Den kommunikative utfordringen kan altså være en av årsakene til at legene ikke synes de får de opplysningene de vil ha fra sykepleiere. Manglende opplysninger kan også oppfattes som om sykepleiere ikke har nok kunnskaper om den informasjonen legene etterspør. Dette stadfester ytterligere Krogstads (2004) funn ved at legene ikke ønsket et tettere samarbeid med sykepleierne fordi de var usikre på sykepleiernes kompetanse. Man kan fra dette utlede at det stereotypiske synet leger og sykepleiere kan ha om hverandre til dels kan bunne i at de har forskjellig tilnærming til pasienten, ut fra deres ulike bakgrunn, utdanning og profesjon. I tillegg når kommunikasjonen fram til mottaker. Problemet eller frustrasjonen kan oppstå når partene så å si snakker forbi hverandre og forventer at den andre skal ha likt fokus som dem selv. Kommunikasjonssvikten kan føre til en forståelse av at legene ikke er interessert i holistisk behandling og at sykepleiere ikke har nok kunnskaper om det som er viktig i behandlingen av pasienten. Det viser hvor viktig det er at partene uttrykker sine forventninger og behov overfor hverandre for å overkomme denne barrieren.

## 6.6 Vertinne og restarbeider

Leger har tradisjonelt vært i ledende posisjoner i helsevesenet og hatt makt over andre personer i form av autoritet som ledere. Ledelse og det å styre andre har vært vesentlig i det medisinske faget, og legene er lært opp i denne tradisjonen gjennom utdanningen og sosialiseringen til legeyrket. Legenes sterke posisjon og status i samfunnet har vært med på å skape en oppfatning om at ledelse er en naturlig del av legenes yrkesutøvelse (Norman 2001).

Ceci (2007) hevder at befestede holdninger og tradisjon medfører at sykepleiere er underdanig leger og at kjønnsforhold og stereotyper fortsatt preger samarbeidet mellom leger og sykepleiere. Sykepleiere har en lang tradisjon på å være servile overfor leger. Timmons og Tanner (2005) fant at operasjonssykepleiere fortsatt påtar seg en ”vertinnerolle” overfor kirurgene. Operasjonssykepleierne ordner og ”dekker til stort selskap” og gjør alt for at gjestene (kirurgene) skal bli fornøyde. I praksis kan man observere adferden ved at

operasjonssykepleierne gjør alt de kan for ikke å provosere kirurgene på noe vis og at de har som mål å gjøre kirurgene fornøyde. Den valgte adferden kan også medføre at operasjonssykepleierne smiler og er høflige, til tross for at de kjenner sinne eller frustrasjon over for kirurgene eller andre forhold under operasjoner. Forfatterne kaller fenomenet ”emotional labour”, som beskrives som ”det arbeid som arbeideren må gjøre med sine følelser fordi det kreves av dem i yrkesrollen eller av organisasjonen de arbeider i” (ibid). Det kan sammenlignes med flyvertinnens rolle: de må smile og være elskverdige overfor kundene. Funnet er ganske provoserende for en profesjon som strever med å få anerkjennelse for sitt selvstendige ansvar.

En slik tradisjonell måte å være på kan forklare hvorfor operasjonssykepleiere velger ikke å tale pasientens sak, men er høflige og føyer seg etter kirurgene. Operasjonssykepleiernes adferd kan også bero på at de mener det er best for pasienten at kirurgene er rolige og harmoniske, og man velger ikke å gjøre noe som kan hisse kirurgen opp slik at han kan gjøre sitt arbeid best mulig, og at de på den måten indirekte yter pasienten omsorgsfull hjelp.

Et annet aspekt ved som Olsvold (2010, s.9) trekker fram er at når det som oppfattes som eksperter (leger) er nærværende tar ikke sykepleiere i samme grad ansvar for det moralske i handlingene. En servil holdning kan føre til at sykepleiere utfører delegerte handlinger som de selv synes er gale fordi de adlyder ekspertene som innehar en legitim makt og større prestisje. Opplevelse av ekspertenes nærvær kan være en forklaring på hvorfor operasjonssykepleierne som omtales i loggene ikke tar det moralske ansvaret man kunne forvente.

Muligens vil nye generasjoner med operasjonssykepleiere ikke finne seg i et slikt system eller hierarki som har tradisjoner på sykehus. Endringer kan også skje ved at flere kvinner enn menn utdanner seg til leger nå og sannsynligvis også til kirurger etter hvert. Vil endre den tradisjonelle kjønnsdelingen, men det er usikkert om det sedvanlige hierarkiet vil endres.

Alasdair MacIntyre (1983) stiller spørsmålet om hvem sykepleiere er moralsk ansvarlig overfor. Pasienten eller legen? Sykepleieres yrkesetiske retningslinjer og Lov om helsepersonell 2000 gir et klart svar på at det er pasienten vi står ansvarlig for, selv om vi skal fremme tverrfaglig samarbeid. Men MacIntyre spør også om hva sykepleiere er ansvarlig for. Han påstår at sykepleieres arbeidsoppgaver ikke har noen helhetlig bakgrunn, men oppgavene er ”restovers”; altså at sykepleiere har tatt over restarbeid som leger ikke lenger definerer som

sitt arbeid. På en annen side vil enkelte kunne hevde at det er nettopp denne restoppgaven som er sykepleie og som sykepleiere skal ha ansvar for. Da kan man definere at andre profesjoner kommer inn og gjør sine spesialistoppgaver, mens sykepleiere tar ansvar for pasientens totale situasjon og ”det som er igjen” etter at ekspertene har vært inne og hjulpet pasienten med sin spesialkompetanse. Dette kan ses på som holistisk sykepleie..

MacIntyre hevder videre at på et ideologisk nivå arbeider leger med ”cure”, altså helbredelse og behandling, mens sykepleierne arbeider med ”care”, omsorg, og at sykepleie dermed kunne være godt definert av begrepet care. Problemet er at care ikke i seg selv er et godt definert begrep, mye behandling kan sees på som omsorg og pleie og omsorg kan ses på som behandling (ibid). Er det uklarhet om hva legens og sykepleiernes arbeidsoppgaver og ansvar er? Kanskje kunne forhold som loggene beskriver og lignende situasjoner blitt løst ved å ha definert bedre hva som egentlig er sykepleie? Restoppgavene kunne vært definert og oppgradert som viktige oppgaver for å ivareta pasientens helhetlige behandling og pleie.

Det finnes selvsagt mange eksempler på operasjonssykepleiere som både tar selvstendig ansvar for pasienten og sier i fra til kirurgene når de mener faglig myndighet er på sin plass. Men Olsvold (2010) hevder, i tråd med MacIntyre, at sykepleiere har vanskeligheter med å artikulere sitt ansvarsområde fordi ansvarsområdet er diffust. Hun sier at det formelt spesifiserte ansvarsområdet kun utgjør en del av kravene som stilles til sykepleiere og at det ligger et implisitt forventet krav om å ta ansvar utover det formelle. Derfor kan det være vanskelig å vite hva man faktisk har en formell plikt til å ta ansvar for og hva som er uspesifiserte fordringer eller ”restovers”.

I tillegg til restarbeid fra legene ser man en økonomisk utvikling som påvirker sykepleieres arbeidsoppgaver. For eksempel har man på enkelte sykehus ansatte færre portører. Det reduserte antall portører førte ved et sykehus til at de ikke lenger hadde tid til å brette og frakte bort tomme pappesker fra sengepostene. Eskene hopet seg opp og sykepleierne begynte å slå dem sammen og få dem vekk fra korridorer og søppelrom. Uten å stille spørsmål om hvem som skulle overta denne arbeidsoppgaven gjorde sykepleierne det selv.

Flere forfattere har pekt på sykepleie som et ”grenseløst” arbeid, fordi sykepleiere tar ansvar for ”hele” pasienten og den totale driften av avdelingen, inkludert å brette sammen papp.

Det interessante spørsmålet er hvorfor sykepleiere løser problemet på denne måten. Jeg mener argumentasjonen og diskusjonen i kapittel 4, angående tradisjoner, kjønnsidentitet og

arbeidsfordeling og doxisk tilslutning gir deler av svaret. Det er like fullt et problem at sykepleiere virker ubevisste og ukritiske angående hvilke arbeidsoppgaver de påtar seg. Tiden til den genuine sykepleie, praktisk omsorg og den holistiske pleien, spises opp av mange andre gjøremål. Som følge av det man kan kalle grenseløst arbeid, har sykepleiere selv et ansvar og stort potensial ved å sette begrensninger for sin funksjon relatert til andre profesjoner og andre ansatte på sykehus. Det moralske stresset som sykepleiere kan føle kan antakelig reduseres ved at de får avklarte arbeidsoppgaver og samarbeidsforhold i relasjon til andre grupper, og dermed får tid til å gjøre det arbeidet som essensielt sett er sykepleie (Jf. s13 )

## 6.7 Gjensidig avhengighet

Sykepleiere er i stor grad avhengige av leger for å få utført det arbeid de har ansvar for overfor pasientene. Likeledes er legene avhengig av sykepleiernes observasjoner av pasientene, at de utfører forordnede tiltak og organiserer avdelingene. Det kan se ut som om sykepleiere er mer fleksible ved å tilpasse seg legenes tid, vilje og mulighet til samarbeid. Fleksibiliteten kommer for eksempel til syne når sykepleiere finner seg i organiseringen av legevisitten. Legevisitten er ikke fastsatt til en bestemt tid. Når legen(e) kommer må sykepleierne legge annet arbeid til siden og følge dem på deres runde (Olsvold 2010). Slik er det altså umulig for sykepleiere å planlegge sin tid på en fornuftig måte. Det går også ut over pasientene, ettersom mange pasienter venter i spenning på legevisitten og kan oppleve det som slitsomt og frustrerende å ikke vite når det skjer. Leger må prioritere det som oppleves som akutt, men det er også mulig å organisere legers arbeid slik at den daglige legevisitten kunne komme innenfor en viss tidsramme.

Velkjent er også legevisittens form, der legene kommer og går fra seng til seng, uten at sykepleiere og leger kommuniserer godt om pasientenes behov eller egentlig samarbeider om avgjørelser som tas (ibid). Ved siden av at pasientenes behov for diskresjon ikke blir ivaretatt på et rom med flere pasienter, får pasientene ofte ikke anledning til å spørre om det de har behov for eller svar på det de egentlig lurte på. Det klima eller samarbeidsrom som visitten kunne vært en del av hvis sykepleierne og legene hadde møtt pasienten på et egnet sted, og hadde vært innstilt på at møtet skulle være et tverrfaglig samarbeid, kunne bidratt til et godt samarbeid. Enkelte avdelinger praktiserer et formøte, der sykepleiere og leger går igjennom det som er nytt når det gjelder de inneliggende pasientene. Møtet kan bidra til et bedre samarbeid, hvis det ikke kun fungerer som en utspørring om observasjoner og prøvesvar, men

faktisk er en samling der sykepleieres kunnskaper og vurderinger etterspørres. Slik visitten vanligvis foregår nå kan man hevde at det verken vises respekt for pasientenes eller sykepleiernes tid, og det legges ikke opp til kommunikasjon der sykepleiernes kunnskaper og innsikt er en del av grunnlaget for en avgjørelse. Det kalles ”legevisitt” naturlig nok fordi det er nettopp det det er; en visitt av legen(e) som foregår på legen(e)s premisser. Ideelt sett skal visitten avdekke og til dels dekke pasientens behov, men er kanskje heller et eksempel på en adferd i sykehus som vitner mer om hierarki og symbolsk makt enn om ivaretagelse av pasientens behov for samtale om sin helsetilstand. Legevisitten kan ses på som en tradisjonell maktstruktur der samarbeidet mellom sykepleiere og leger lider.

Visitten er kun ett eksempel på praksis som kunne vært endret slik at samarbeid og stressreduksjon ble mulig og dermed skape vinn - vinn situasjoner, med bedre forhold for pasientene, sykepleiere og leger. En mulighet kunne være å gi pasientene en avtalt tid for møtet i et egnet rom der taushetsplikt og integritet kunne ivaretas på en god måte. Kanskje vil ikke alle pasienter ønske å snakke med legen hver dag, kanskje vil forordninger og avtaler kunne formidles gjennom sykepleiere hvis de hadde et godt samarbeid med legene. Legen ville dermed sannsynligvis fått mer tid til å gå til de sykeste som trengte tverrfaglig visitt ved sengen.

Forslaget om egne rom for legevisitt fremmes også av lege Ylfs Grethe Aasved som siteres i lederen, skrevet av redaktør Lottelise Folge i *Dagens Medisin* 5/99 nyhetsavisen for helsevesenet. Aasved forslår ikke endringen først og fremst for å bedre samarbeidet mellom profesjonene, men for å understreke at leger har totalansvaret for pasientene. I følge Lottelise Folge er legene lei av å bli skjøvet ut på sidelinjen av sykepleiere ved å bli brukt som konsulenter som tilkalles av sykepleierne etter behov. I følge Aasved ønsker legene å være synlige på avdelingene, i nærliggende kontorer og på vaktrom og de vil vise synlig lederskap i totalansvaret for pasienten. Folge oppfordrer *Dagens medisins* lesere til å glemme maktkamp og profesjonskamp og heller lytte til legenes beretninger om legers noe tilsidesatte hverdag på sykehusene, for dernest å kunne bedre forholdene for pasienter, pleiepersonalet og legene.

Innlegget kan gjenspeile at enkelte leger føler sin posisjon truet eller endret på en slik måte at de må ta sin profesjons rolle tilbake. Her snakkes det ikke om samarbeid, men om avklaring av ansvar og roller, og man kan tolke ut fra diskusjonen at legen som er referert i lederen taler for et flerfaglig samarbeid framfor tverrfaglig samarbeid. På en annen side vil engasjement fra legenes side om arbeidsfordelingen mellom profesjonene kunne skape en diskusjon og kanskje medføre et bedre samarbeid.



Studien Webster (i Benner 1999) utførte viste at medisinerne og sykepleiere kunne befinne seg samtidig hos en pasient og utførte sine oppgaver parallelt, uten at de samarbeidet. Situasjonen kan ses på som flerfaglig samarbeid, der flerfaglige team (multidisciplinary teams) medvirker med sine fagspesifikke bidrag, men uten å delta i felles problemidentifisering, målsetting og samordne aktiviteter. Det kan synes som et ideal at man skal gå mer bort fra fagspesifikke team til tverrfaglige team (interdisciplinary teams) som kan oppnå felles mål gjennom et felles arbeid med alle involverte, samtidig som hver spesialitet bidrar med sin spesialkompetanse (Brataas og Haugan 2009).

Olsvold (2010) fant at sykepleierne hun intervjuet har gjort mange forsøk på å bedre samarbeidet med legene, uten særlig hell. Det virket som om legene ikke var interessert, ikke så behovet eller valgte ikke å prioritere samarbeid. Manglende interesse kan bero på flere forhold.

Den symbolske makten som legene innehar er nødvendigvis ikke så bevisst at de tenker på at måten sykehuset er organisert på, deres egen adferd, språk og verdier er dominansskapende og står i veien for et godt samarbeid. Leger har som andre mennesker en ”doxisk erfaring”, der verdens gang og forventninger er lett å følge; man er vant til at det er streng fordeling av arbeidsoppgaver mellom profesjonene og kjønnene og man fortsetter å følge i de vante sporene.

På en annen side skal ikke sykepleiere være naive å tro at leger ikke bruker sine stillinger til å oppnå makt. Fordelene ved å være på toppen av et hierarki kan være så mange at den som innehar den posisjonen ikke uten videre vil gi slipp på dem, og ser da nødvendigvis ikke noen grunn til at man skal bruke tid til å snakke om organisering av organisasjonen.

Profesjonsmakten kan trues hvis man innlater seg på samarbeid.

## 6.8 Tverrfaglige fora

Å ta avgjørelser sammen er et av kjennetegnene på samarbeid (Gardener 2005). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (punkt 4.1, 2007) står det at sykepleieren skal ta initiativ til og fremme et faglig og tverrfaglig samarbeid i alle deler av helsetjenesten. Et godt etisk klima kan skapes ved at sykepleiere og leger deltar sammen i diskusjoner. Diskusjonene kan finne sted i tverrfaglige møter, i samarbeid om å utarbeide prosedyrer og gi en økt bevissthet for å skape et miljø der profesjonene støtter hverandre i etisk vanskelige situasjoner.

Prioriteringsmøter, daglige rapporter og andre fora der pasienters situasjon blir tatt opp til diskusjon kan tilrettelegges slik at kommunikasjon foregår og beslutninger tas på bakgrunn av

sykepleieres og legers ulike kompetanse og ferdigheter. For å utvikle det etiske miljøet er det viktig å spørre seg hvilke miljøer, forhold og muligheter som i dag finnes i sykehus for å samarbeide om etisk vanskelige spørsmål og bygge videre på disse.

Gardener (2005) hevder at kun ved at sykepleiere er til stede i møter og fora der etiske diskusjoner foregår, vil de kunne påvirke de andre som er tilstede. Det gir også rom for læring og mulighet til å tale pasientens sak. Det er grunn til å prioritere slike møter, for ved ikke å delta, vil man underminere samarbeidsfremmede arbeid. Gardener fremhever også at det er viktig for sykepleiere å være strategiske i slike møter, og bruke sitt nærvær og stemme på best mulig måte.

Deltagelse i tverrfaglige fora kan være en god mulighet for å redusere sykepleieres erfaringer med moralsk stress, ettersom de da kan tilkjempe seg innflytelse på lik linje med andre grupper helsepersonell.

## 6.9 Konfliktløsning

Konflikter mellom sykepleiere og leger er dokumentert av mange (Martinsen og Erikson 2009, Zuzelo 2007, Thompson 2007, Rosenstein 2005, Krogstad 2004, Skjørhammer 2001, Sexton 2000, Benner 1999, Sundin-Huard og Fahy 1999, Stein 1967). Konflikter mellom leger og sykepleiere kan, som vi har diskutert i maktkapittelet, gjelde blant annet ulikt syn på pasientbehandling og sykepleieres frustrasjoner over ikke å bli tatt med i beslutninger der de mener å ha kvalifiserte observasjoner og kunnskaper. Autoritets- og statusforskjeller der sykepleiere opplever å bli nedvurdert eller oversett på grunn av hierarkiske og patriarkiske holdninger, kan likeledes skape konflikter samtidig som ulikt syn på kunnskap kan være kime til konflikt.

Det vil i de fleste sammenhenger være riktig å si i fra om feil som begås eller endringer som bør gjøres. I logg 2 fikk operasjonssykepleiestudenten erfare at kritikk om hennes adferd ble tatt opp direkte på operasjonsstua. Organisatoriske regler og allmenn folkeskikk tilsier imidlertid at man bør snakke sammen i et egnet rom til egnet tid, og ikke tar problemet opp under operasjoner eller i påhør av pasienter eller kollegaer som ikke er direkte innblandet i situasjonen. er ikke annerledes i helsevesenet enn for eksempel i skoler, i kundeforhold eller andre relasjonelle situasjoner.

Min påstand er at det ikke skjer ofte at sykepleiere og leger snakker sammen i etterkant av vanskelige samarbeidssituasjoner og ”evaluerer” situasjonen og hvordan de løste den for å kunne gjøre det bedre i neste omgang. Slik debriefing bør imidlertid systematiseres i

organisasjonen slik at personlige forhold ikke blir avgjørende for hvordan samarbeid og brudd på godt samarbeide blir håndtert. Hvis et bedre samarbeid skal kunne bli en realitet, må man ikke la seg stoppe av at enkeltpersoner eller enkelte grupper ikke ønsker et bredere og bedre samarbeid. Ledere på sykehus må ha en bevisst holdning til hvorfor og hvordan samarbeidsforhold kan gagne både pasientene, personalet og organisasjonen.

Ledere i begge profesjoner må forstå verdien av godt samarbeide og gjøre det mulig å få til felles møteplasser. Tverrfaglige kurs og seminarer, der etikk og verdidebatt blir satt på dagsorden, vil kunne synliggjøre viktige felles verdier. Det vil kunne minske misforståelser, stereotypier og uvitenhet profesjonene måtte ha om hverandre.

Gardener (2005) påpeker at både vanskelige emosjonelle forhold og uenighet knyttet til bestemte oppgaver krever konfliktløsning. De organiseringsmodeller og ledelsesmodeller som velges i dagens organisering av sykehus, med drift og inntjeningsproblematikk som fokus, prioriterer ikke mye tid og penger til sykehuspersonalets samarbeidsforhold. Ledere må bli overbevist om at gevinsten av tverrfaglig samarbeid, ved bruk av konfliktløsningsmetoder om nødvendig, er bedret behandlingsresultat for pasienten, økt jobbtilfredsstillelse for sykepleiere og dermed økonomisk gevinst ved mindre sykefravær og kontinuitet i sykepleiestaben.

## 7.0 Etiske refleksjoner

Hvis vi konkretiserer hvordan operasjonssykepleierne bør handle i eksemplene i de to refererte logger kan man ikke se bort fra Lov om helsepersonell. Lover er i seg selv ikke etiske, men vi kan komme i en etisk eller moralsk klemme hvis vi bryter dem. Lov om helsepersonell 2000 § 4 sier om forsvarlighet: ”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”, og de Yrkesetiske retningslinjer (2007) sykepleiere arbeider ut fra, for eksempel punkt 4.3, sier at: ”Dersom interessekonflikter oppstår mellom kolleger i forbindelse med løsningen av en oppgave, skal hensynet til pasientens liv og helse alltid prioriteres”. Dette betyr at operasjonssykepleierne må finne handlingsalternativ som gjør at pasientens beste går foran hensynet til annet helsepersonell eller dem selv, ellers bryter de lover og etiske retningslinjer. Brudd på lovverket kunne vært løst ved at operasjonssykepleierne i logg 1 hadde gått mye hardere inn for å overtale kirurgen til ikke å lukke operasjonssåret, og i logg 2 kunne operasjonssykepleierne ha støttet barnet og moren mer, ved å signalisere motstand og ubehag ved anestesilegens adferd og for å unngå hans autoritære adferd.

Vi har sett at institusjonaliserte hindringer, ulike maktforhold og samarbeidsforhold kan komplisere de valg sykepleiere tar i etiske og moralsk vanskelige situasjoner. Valgene er i tillegg mer eller mindre bevisste. Det er spesielt tre forhold som det vil bli reflektert over i dette kapitlet: ”the doctor-nurse game”, ”emotional labour” og ”å svelge kameler”.

At det kan se ut som om enkelte sykepleiere fortsatt spiller ”the doctor-nurse game” i en viss forstand, kan i første omgang virke som om det er til pasientens beste fordi sykepleiere ønsker å få legene til å ta de beslutninger de mener er best for pasienten. Man kan kanskje si at de følger et velgjørhetsprinsipp. Med bakgrunn i de maktformer og hierarki som finnes på sykehus kan man forstå at det ikke alltid er lett å tale pasientens sak overfor legene. Samtidig kan det være at sykepleiere sterkt føler den etiske fordring fra pasienten og ønsker å hjelpe for eksempel når pasienten uttrykker at de har smerter. Likevel framstår denne formen for adferd som umoralsk i det legene blir ført bak lyset.

Løgstrups tanker om at mennesker normalt sett møter hverandre med tillit gjelder også for møtet mellom leger og sykepleiere. Til tross for eventuelle dårlige erfaringer og forforståelser sykepleiere måtte ha i forhold til leger, vil det etisk sett være best å tale pasientens sak på en

faglig godt begrunnet måte og våge å stå i en diskusjon med fare for å ikke få sin vilje eller ønske igjennom. Motstand vil kanskje være en personlig utfordring, og kanskje får man ikke den hjelp man ønsker til den enkelte pasient, men på sikt vil en slik saklig diskusjon gagne kommende pasienter ved at sykepleiere opparbeider respekt fra legene ved å vise faglig styrke, saklighet, ærlighet og tillit til at legene også vil pasientens beste. Dessuten vil ikke sykepleierne komme opp i det moralske uføret som det å ”lure” legen vil føre dem opp i. Et slikt spill vil kunne føre til at legene mister all tillit til sykepleierne, i tillegg til at spillet vil kunne øke faren for utvikling av moralsk stress hos sykepleierne i det de ikke kommer fram med den egentlige og sanne historien.

På samme måte er ”emotional labour”, der enkelte operasjonssykepleiere prøver å tilfredsstille kirurgene, moralsk betenkelig. I denne adferden ligger det også et moment av spill eller uærlighet og man kan sammen med Alasdair MacIntyre (1983) stille spørsmålet om operasjonssykepleierne er moralsk ansvarlig overfor pasienten eller kirurgene. Denne form for adferd fra operasjonssykepleierne side kan forsvares ved at de ønsker å gi kirurgen de beste arbeidsforhold under operasjonene, og dermed må de oppføre seg på en smilende og høflig måte og unngå å ta opp saker slik at kirurgene ikke blir opprørte. Dette kan virke hensiktsmessig og til en viss grad er det selvsagt slik at operasjonssykepleierne skal velge tidspunktene for hva og hvordan de tar opp saker til diskusjon eller informasjon. Det kan synes som om det er fokuset som er noe uklart i adferden som ”emotional labour” beskriver. Som tidligere påpekt, er sykepleieres mandat å ivareta det beste for pasienten. Ved emotional labour kan det synes som om det er hensynet til kirurgene som kommer først og at man mister pasientfokuset noe av syne. Hvis operasjonssykepleierne ønsker å bli tatt på alvor av kirurger, må det faglige og relasjonelle fokuset være avklart. Operasjonssykepleiere arbeider på lik linje med kirurger for at pasienten skal få det best mulig. Arbeidet kan gjøres uten å gå på akkord med egne følelser og dermed risikere å bli moralsk stresset og utbrent. Operasjonssykepleierne burde ha tillit til at kirurgen selv kan tale sin sak, ta ansvar for sin egen adferd og være fokusert på operasjonen uavhengig av en servil holdning fra operasjonssykepleierne.

I logg nr 1 uttaler operasjonssykepleierne at de velger ”å svelge kameler”. Begrepet oppfattes slik at man velger å overhøre eller ikke bry seg om uttalelser eller handlinger man egentlig er uenige i eller som oppleves som direkte urettferdig eller uriktig. I alle samarbeidsforhold vil det være slik at man må velge hva man kan ta opp og enes om. Det som virker utfordrende for

operasjonssykepleierne, er at de sannsynligvis ofte opplever at de må overhøre eller ikke bry seg. Hvis neglisjeringen går ut over pasienten, slik det kan synes som om det gjorde i loggene, kan man hevde at operasjonssykepleierne unnlot å reagere overfor kirurgene og anestesilegen og ikke tok tak i situasjonen for å bedre pasientens situasjon. Adferden kan ligne på det Løgstrup (1991) kaller ”likegyldighetens fred” (Jf., s 38). Løgstrup hevder at man handler på denne måten fordi man ikke er rede til å møte motstand fra den andre fordi man frykter for mennesker, er makelig eller er konfliktsky. En slik praksis kan ikke forsvares sett fra pasientens side. Årsakene til at denne adferden ble valgt av operasjonssykepleierne, kan være en blanding av det Løgstrup sier, men også at de følte seg maktesløse og respektløst behandlet, noe som gjorde dem handlingslammet slik at de i tilfelle, beskrevet i loggen, ikke fulgte de etiske prinsipper, yrkesetiske retningslinjer eller hørte den etiske fordring fra pasienten.

Det kan synes underlig at nettopp operasjonssykepleierne skal kunne få støtte til å utføre gode og riktige handlinger ved bruk av Løgstrups tanker om den etiske fordring ettersom operasjonssykepleie kan bli oppfattet som en type sykepleie som er fjernt fra pasienten. Operasjonssykepleie er et praktisk og teknisk yrke der en vesentlig del av handlingene er knyttet til kirurgiske instrumenter og medisinsk teknisk utstyr. I tillegg er pasienten oftest trøtt på grunn av premedisiner ved ankomst til avdelingen, pasienten sover ofte på grunn av at han/hun får generell anestesi eller medisiner som gjør at han/hun dormer under operasjonen. I tillegg dekkes pasienten til, slik at man ikke lenger oppfatter hans eller hennes personlighet. Til tross for at operasjonssykepleie er et teknisk yrke har operasjonssykepleierne, som andre sykepleiere, selvsagt et selvstendig sykepleiefaglig ansvar i forhold til klinisk sykepleieutøvelse og de må evne å vurdere situasjoner og ta alternative valg. Kontakten med pasienten er begrenset av ytre forhold, men det fundamentale i begrepet ”den etiske fordring” kan begrunne operasjonssykepleiernes beslutninger i moralsk utfordrende situasjoner i det pasientene oftest ikke klarer å formidle sine egne behov. Da må operasjonssykepleiere ivareta pasientens beste. Sykepleiere har et ansvar for å tale pasientens og sin profesjons sak på en moralsk og etisk god måte. Sykepleiernes forpliktelse fratar imidlertid ikke legene fra å ha et betydelig etisk og moralsk ansvar overfor pasienten og sykepleierne. Pasientens etiske fordring krever at også legene erkjenner den og i tillegg etterlever yrkesetiske retningslinjer samt behandle medarbeidere på en respektfull måte.

Det virker problematisk at enkelte leger ikke anerkjenner sykepleiernes kompetanse i og med at de er helt avhengig av sykepleiere, blant annet i forbindelse med observasjoner av pasienter og assistanse ved mange gjøremål. Utførelsen av observasjoner, behandlingstiltak, organisering og pleie krever en stor grad av selvstendighet fra sykepleiernes side og man kan si at uten sykepleiere vil ikke sykehuset eller legenes arbeidssituasjon fungert slik sykehuset er organisert i dag. Det kan kjennes moralsk stressende å ikke få respekt for mangfoldet og ansvaret i sykepleieres arbeid fra enkelte legers side.

## 8.0 Kort oppsummering og avsluttende kommentarer

Begrepet moralsk stress er lite benyttet begrep i sammenheng med helsearbeiders forhold på norske sykehus. Spesielt er begrepet lite knyttet til samarbeidsforhold mellom leger og sykepleiere. Fokus for denne oppgaven har vært å studere faren for at sykepleiere utvikler moralsk stress i situasjoner der tverrfaglig samarbeid er viktig for god pasientomsorg, men fungerer dårlig. Det er særlig samarbeidet og profesjonsmakten som ligger mellom leger og sykepleiere som har blitt studert i lys av forskningslitteratur og praktisk erfaring.

Fem artikler utgjør det empiriske datamateriale og fire av artiklene mener å påvise at samarbeid med leger, som fungerer dårlig sett fra sykepleieres side, kan utløse moralsk stress hos sykepleiere. Undersøkelser viser at sykepleiere erfarer moralsk stress når de ikke får utført den etiske standarden på sitt arbeid med pasientene som de ser behov for og ønsker å utrette. Undersøkelser viser også at sykepleiere og leger ser på samarbeid forskjellig. Noen leger hevder at samarbeidet er bra når sykepleiere opptrer som assistenter og utfører det legene sier de skal gjøre. Enkelte sykepleiere ønsker å ha lite samarbeid med leger fordi de vil arbeide selvstendig og finner det ikke tilfredsstillende å føle seg som legens assistent. Til tross for behovet for å arbeide selvstendig kan det synes som om sykepleiere initierer til samarbeid mer enn legene gjør.

To logger fra operasjonssykepleiestudenter viser eksempler på situasjoner der sykepleiere kommer opp i situasjoner der de ser hva som kunne vært gjort bedre for å ivareta pasientens helse og sikkerhet. Sykepleierne opplever at pasientsikkerheten er dårlig og de reagerer på det moralske i situasjonene. Til tross for at de erfarer moralsk stress i situasjonen oppjonerer de i liten grad mot legene. Ulike aspekter er diskutert for om mulig å forstå den komplekse virkelighet som påvirker samarbeidet mellom sykepleiere og leger: sykepleiens historiske bakgrunn, asymmetriske maktforhold, kjønnsperspektiv, etisk klima og kommunikasjonsformer.

Arbeidet med temaet i denne oppgaven har avdekket kompleksiteten i samarbeidet mellom leger og sykepleiere. Det kan synes som om jeg sitter igjen mange spørsmål når oppgaven avsluttes. Det store spørsmålet er hvordan man skal gå fram for å øke bevisstheten rundt og interessen for samarbeid mellom sykepleie- og legeprofesjonene.



Til tross for at prosessen med å skrive oppgaven har aktualisert mange spørsmål har sykepleiernes historiske bakgrunn og maktformene gitt forklaringer på hvordan sykepleiere har kommet i den situasjonen de er i, i forhold til legene i dag.

Det begrensede datamateriale gir ikke grunn til å kunne generalisere, men man kan ut fra undersøkelsene hevde at min påstand i problemstillingen kan være riktig for noen sykepleiere: *Det er sammenheng mellom kvaliteten på sykepleiernes samarbeid med leger og sykepleiernes opplevelse av moralsk stress*

Eksemplene fra loggene og funn i artikler tyder på at sykepleieres eget ansvar for å bryte forutinntatte og stereotypiske oppfatninger om sykepleierollen og uheldige holdninger kunne vært tatt mer alvorlig enn det jeg oppfatter at sykepleieprofesjonens utøvere gjør i dag.

Med bakgrunn i Løgstrups begrep ”den etiske fordring” har jeg forsøkt å argumentere for at sykepleiere har et selvstendig, menneskelig og moralsk ansvar over for pasientene, som ikke kan neglisjeres på bakgrunn av autoriteters innvirkning, uten at det vil få konsekvenser for pasienten, men også for sykepleiernes moralske samvittighet.

Min forutinntatte holdning til legeprofesjonen har endret seg i mindre grad gjennom arbeidet med oppgaven. Ikke minst Olsvolds (2010) doktoravhandling medvirker til at det kan synes langt igjen før man kan si at sykepleiere og leger får til et optimalt samarbeid i pleien og behandlingen av pasienter, ved at de to profesjonene støtter hverandres unike kunnskaper. Avhandlingen avdekker manglende vilje til samarbeid og manglende kunnskaper om sykepleieres arbeid fra legenes side.

Det mest utfordrende ved å skrive oppgaven har vært å drøfte de mange ulike aspektene ved samarbeid uten å bli overfladisk. En ytterligere avgrensning av fokus kunne gjort det mulig å gå dypere inn i færre valgte fokus. Fordypning kunne for eksempel vært gjort ved å ha kvalitative intervjuer med norske operasjonssykepleiere, og fokuset kunne vært hvilke situasjoner eller forhold som utløser moralsk stress på en operasjonsavdeling. Svaret på en slik studie ville kunne være grunnlaget for å sette i gang tiltak for eventuelt å bedre samarbeidet.

# Litteraturliste

- Alvesson, M. & Sköldberg, K. 2008. *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*, [Lund], Studentlitteratur.
- Alvsvåg, H. & Førland, O. 2007. *Engasjement og læring: fagkritiske perspektiver på sykepleie*, Oslo], Akribe.
- Baggs, J. G., Schmitt, M. H., Mushlin, A. I., Mitchell, P. H., Eldredge, D. H., Oakes, D. & Hutson, A. D. 1999. Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Critical Care Medicine*, 27, 1991-8.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. 2009. *Principles of biomedical ethics*, [Oxford], Oxford University Press.
- Benner, P. 1995. *Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*, Oslo], Tano i samarbeid med Munksgaard.
- Benner, P., Tanner, C. A., Chesla, C. A. & Rooke, L. 1999. *Expertkunnande i omvårdnad: omsorg, klinisk bedømmning och etik*, [Lund], Studentlitteratur.
- Bergvall, Olsen & Lande. 2009. Varslere i fare. *Aftenposten*, 15.06.10.
- Bourdieu, P. 1999. *Den maskuline dominans*, [København], Tiderne skifter.
- Bourdieu, P. & Prieur, A. 1996. *Symbolsk makt: artikler i utvalg*, [Oslo], Pax.
- Bourdieu, P., Østerberg, D., Prieur, A. & Barth, T. 1995. *Distinksjonen: en sosiologisk kritikk av dømmekraften*, Oslo], Pax.
- Brataas H.V & N. Haugan 1999. Ansattes perspektiver på utvikling av tverrfaglighet i sykehusavdeling. *Nordisk tidsskrift for Helseforskning*, 2.
- Brodtkorb, E., Rugkåsa, M., Norvoll, R. & Thorbjørnsrud, B. 2009. *Mellom mennesker og samfunn: sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*, Oslo], Gyldendal akademisk.
- Ceci, C. 2004. Nursing, knowledge and power: a case analysis. *Social Science & Medicine*, 59, 1879-89.
- Christoffersen, S. A. 2005. *Handling - person - samfunn: innføring i etikk for helse- og sosialfagene*, Oslo], Universitetsforlaget.
- Christoffersen, S. A., Ruyter, K. W. & Wyller, T. 2005. *Profesjonsetikk: om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker*, Oslo], Universitetsforlaget.
- Corley, M. C. 2002. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*, 9, 636-50.

- Corley, M. C., Minick, P., Elswick, R. K. & Jacobs, M. 2005. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*, 12, 381-90.
- Dahle, R. 2008. Profesjon og kjønn. In: Molander, A. & Terum, L. I. (eds.) *Profesjonsstudier*. Oslo], Universitetsforlaget.
- Ellingsæter, A. L. & Solheim, J. 2002. *Den Usynlige hånd? Kjønnsmakt og moderne arbeidsliv*, Oslo], Gyldendal akademisk.
- Engelstad, F. 2005. *Hva er makt*, Oslo], Universitetsforlaget
- Erikson, M. G. & Gröhn, H. 2010. *Riktig kildebruk: kunsten å referere og sitere*, [Oslo], Gyldendal akademisk.
- Etiske regler for leger, 1961, endringer 2000. Legeforeningen. [Online]. Available: <http://www.legeforeningen.no/assets/etikregler.pdf> [Accessed].
- Folge, L. 1999. *Klarere kan det ikke sies* [Online]. Available: [www.dagensmedisin.no/nyheter](http://www.dagensmedisin.no/nyheter). [Accessed 26.08.10].
- Foucault, M. & Sandmo, E. 2000. *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*, [Oslo], Bokklubben dagens bøker.
- Foucault, M. & Schaanning, E. 1995. *Seksualitetens historie, 1, Viljen til viten*, [Halden], EXIL.
- Gadamer, H.-G. 2004. *Sandhed og metode: grundtræk af en filosofisk hermeneutik*, [Århus], Systeme.
- Gardener, B. 2005. Ten lessons in collaboration. *American Nurses association*, 10. Jan.
- Gilje, N. & Grimen, H. 1993. *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger: innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*, Oslo], Universitetsforlaget.
- Gjerberg, E. & Kjølørød, L. 2001. The doctor -nurse relationship: how easy is it to be a femal doctor co-operating whit femal nurse? *Social Science & Medicine*, 52, 189-202.
- Grimen, H. 2005. *Profesjonsetikken sitt grunnlag SPS arbeidsnotat* [Online]. Available: <http://hio.no/content/view/full/34781> [Accessed 01.06.10].
- Hamric, A. B. & Blackhall, L. J. 2007. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical Care Medicine*, 35, 422-9.
- Hanssen, I. 1991. *Sykepleiens historie: korte glimt fra en lang historisk utvikling : kompendium i historie*, [Oslo], I. Hanssen.
- Helgesen, J. E. 2009. *Verdenserklæringen om menneskerettigheter 1948* [Online]. Store Norske Leksikon. Available: <http://www.snl.no/menneskerettigheter> [Accessed 01.11.10].

- Henderson, V. 1984. *Sykepleiens grunnprinsipper*, Oslo, Norsk sykepleierforbund.
- Henderson, V. 1998. *Sykepleiens natur: en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning : refleksjoner etter 25 år*, Oslo], Universitetsforlaget
- Henriksen, J.-O. & Vetlesen, A. J. 1997. *Nærhet og distanse: grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*, Oslo], Ad notam Gyldendal.
- Jameton, A. & Mauksch, I. G. 1984. *Nursing practice: the ethical issues*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.
- Jensen, K. 1993. Den framtidige profesjonsutdanningen. In: Kirkevold, M. & Nortvedt, F. (eds.) *Klokskap og kyndighet. Kari Martinsens innflydelse på norsk og dansk sykepleie*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Kristoffersen, L. 2006. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*, Oslo], Abstrakt forlag
- Johannessen, K. I., Molven, O., Roalkvam, S. & Aakre, M. 2007. *Godt, rett, rettferdig: etikk for sykepleiere*, Oslo], Akribe.
- Johansson, E. E. & Hovelius, B. 2004. *Kropp och genus i medicinen*, Lund, Studentlitteratur.
- Jørgensen, K. 2010. *Kommunikation: for sundhedsprofessionelle*, [København.], Gads.
- Kirkevold, M. 2003. *Sygeplejeteorier: analyse og evaluering*, [København], Munksgaard.
- Kirkevold, M. & Nortvedt, F. 1993. *Klokskap og kyndighet: Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie*, Oslo], Ad notam Gyldendal.
- Krogstad, U., Hofoss, D. & Hjortdahl, P. 2004. Doctor and nurse perception of inter-professional co-operation in hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 16, 491-7.
- Kvale, S. 1997. *Det kvalitative forskningsintervju*, , Oslo], Ad notam Gyldendal.
- Kälvemark Sporrang, S., Höglund, A. T. & Arnetz, B. 2006. Measuring moral distress in pharmacy and clinical practice. *Nursing Ethics* 2006, 13(4), 416-427.
- Lien, T. 2009. Nyutdannete sykepleieres vurdering av postoperativ smerte. Oslo], Høgskolen i Oslo.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. 1985. *Naturalistic inquiry*, Beverly Hills, Calif., Sage.
- Lockhart-Wood, K. 2000. Collaboration between nurses and doctors in clinical practice. *British Journal of Nursing*, 9, 276-80.
- Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. 2006. *Arbeidsmiljøvernloven* [Online] Available: <http://www.lovdata.no/all/nl-20050617-062.html> [Accessed 14.03.10].

- Lov om helsepersonell 2000. *Helsepersonelloven* [Online]. Available: [Http://www.lovdatab.no/all/nl19990702-064.html](http://www.lovdatab.no/all/nl19990702-064.html) [Accessed 14.03.10].
- Lov om Pasientrettigheter 2001, *Pasientrettighetsloven* [Online]. Available: [www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html](http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html) [Accessed 14.03.10].
- Lutzen, K., Cronqvist, A., Magnusson, A. & Andersson, L., 2003. Moral stress: synthesis of a concept. *Nursing Ethics*, 10, 312-22.
- Løgstrup, K. E. 1991. *Den etiske fordring*, [Copenhagen], Gyldendal.
- Løgstrup, K. E. & Mortensen, V. 1982. *System og symbol: essays*, [København], Gyldendal.
- MacIntyre, A. 1983. To whom is the nurse responsible? In: Murphy, C. P. & Hunter, H. (eds.) *Ethical Problems in the Nurse-Patient Relationship*. Allyn & Bacon.
- Makary, M. A., Sexton, J. B., Freischlag, J. A., Holzmueller, C. G., Millman, E. A., Rowen, L. & Pronovost, P. J. 2006. Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *Journal of the American College of Surgeons*, 202, 746-52.
- Martinsen, K. 2003a. *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*, [Oslo], Universitetsforlaget
- Martinsen, K. 2003b. *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*, [Oslo], Universitetsforlaget
- Martinsen, K. 2006. *Samtalen, skjønn og evidensen*, [København], Gad.
- Martinsen, K. 2009. In: Dåvøy, G. a. M., Eide, P. H. & Hansen, I. (eds.) *Operasjonssykepleie*. [Oslo], Gyldendal akademisk.
- Martinsen, K. & Eriksson, K. 2009. *Å se og å innse: om ulike former for evidens*, Oslo], Akribe.
- Masterson, A. 2002. Cross-boundary working: a macro-political analysis of the impact on professional roles. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 331-9.
- Mathisen, J. 2006. *Sykepleiehistorie: ideer - mennesker - muligheter*, Oslo], Gyldendal akademisk.
- Melby, K. 1990. *Kall og kamp: Norsk sykepleierforbunds historie*, , Oslo], Norsk sykepleierforbund og J. W. Cappelens Forlag.
- Miller, P. A. 2001. Nurse-physician collaboration in an intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 10, 341-50.
- Molven, O. 2006. *Sykepleie og jus*, [Oslo], Gyldendal akademisk.

- Nissen, R. & Martinsen, K. 2000. *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser*, Oslo], Gyldendal akademisk.
- Normann, L. M. 2001. *Enhetlig todelt ledelse kraftpotensiale eller konflikt?: en deskriptiv studie av sykepleie -og legeledere i sykehus, deres ledelsesformer og oppgaver*.
- Nortvedt, M. W. 2007. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere, Oslo, Norsk sykepleierforbund.
- Nortvedt, P. 2010. *Profesjonsetikkens grunnlag, Innspill til Harald Grimens arbeidsnotat Profesjonsetikken sitt grunnlag* [Online]. Available: <http://hio.no/content/view/full/34781> [Accessed 01.06.10].
- Olsvold, N. 2010. *Ansvar og yrkesrolle. Om den sosiale organisering av ansvar i sykehus*. Ph,d Doktoravhandling, Universitetet i Oslo
- Ordnett. 2010. *Ordnett kunnskapsforlagets blå språk og ordboktjeneste* [Online]. Available: <http://www.ordnett.no/ordbok.html> [Accessed 01.06.10].
- Pauly,B., Varcoe, C., Storch, J. & Newton, L. 2009. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nursing Ethics*, 16, 561-73.
- Rammeplan og forskrift: videreutdanning i anesthesi-, operasjon -, intensiv-, barne- og kreftsykepleie, 1999. Oslo], KUF.
- Rice, E. M., Rady, M. Y., Hamrick, A., Verheijde, J. L. & Pendergast, D. K. 2008. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *Journal of Nursing Management*, 16, 360-73.
- Rosenstein, A. H. 2002. Original research: nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention. *American Journal of Nursing*, 102, 26-34.
- Rosenstein, A. H. & O'Daniel, M. 2005. Disruptive behavior and clinical outcomes: perceptions of nurses and physicians. *American Journal of Nursing*, 105, 54-64; quiz 64-5.
- Rothrock, J. C., Mcewen, D. R. & Alexander, E. L. 2007. *Alexander's care of the patient in surgery*, St. Louis, Mo., Mosby Elsevier.
- Rushmer, R. & Pallis, G. 2002. Inter-professional working: the wisdom of integrated working and the disaster of blurred boundaries. *Public money & management*, okt-sept., 59-66.
- Ruyter, K. W., Solbakk, J. H. & Førde, R. 2007. *Medisinsk og helsefaglig etikk*, Oslo], Gyldendal akademisk.
- Schmidt 2006. Etikk for helsefagene. In: Slettebø, Å. & Nortvedt, P. (eds.), Oslo], Gyldendal akademisk.
- Sexton, J. B., Thomas, E. J. & Helmreich, R. L. 2000. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ*, 320, 745-9.

- Skau, G. M. 2003. *Mellom makt og hjelp: om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper*, Oslo], Universitetsforlaget
- Skjørshammer, M. 2001. Co-operation and conflict in hospital: Interprofessional differences in perception and management of conflicts. *Journal of Interprofessional care*, 15.
- Slettebø, Å. & Nortvedt, P. 2006. *Etikk for helsefagene*, Oslo], Gyldendal akademisk.
- Schmidt, U. 2006. Metoder i etikkforskningen: utfordringer og muligheter. In: Slettebø, Å. & Nortvedt, P. (eds.) *Etikk for helsefagene*, Oslo], Gyldendal akademisk.
- Sohlberg, P. & Sohlberg, B.M. 2002. *Kunskapens former: vetenskapsteori och forskningsmetod*, [Stockholm], Liber.
- Statistisk sentralbyrå. 2008. Statistikkområder, *Arbeidsliv, yrkesdeltaking og lønn*, [Online]. Available: <http://www.ssb.no/emner/06/01/hesospers/> (25.03.10) [Accessed 25.03.10].
- Statistisk sentralbyrå. 2009. *Eksamener ved universiteter og høyskoler, Fullførte universitets- og høyskoleutdanninger, etter nivå, skoleslag og kjønn* [Online]. Available: <http://www.ssb.no/emner/04/02/40/eksuvh/tab-2009-05-26-01.html> [Accessed 28.05.10].
- Stein I.L. 1967. "The Doctor-Nurse Game". *Arch Gen Psychiat*, 16, June.
- Stein I.L., Watts D.T & Howell T. 1990. The Doctor-Nurse Game Revisited. *New England Journal Medicine*, 322, 546-549.
- Sterchi, L. S. 2007. Perceptions that affect physician-nurse collaboration in the perioperative setting. *AORN Journal*, 86, 45-57.
- Storch, J. L. & Kenny, N. 2007. Shared moral work of nurses and physicians. [Review] [81 refs]. *Nursing Ethics*, 14, 478-91.
- Sundin-Huard, D. 2001. Subject positions theory -- its application to understanding collaboration (and confrontation) in critical care. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 376-82.
- Sundin-Huard, D. & Fahy, K. 1999. Moral distress, advocacy and burnout: theorizing the relationships. *International Journal of Nursing Practice*, 5, 8-13.
- Svensson, R., Olsvold, N. & Norvoll, R. 1998. *Samfunn, medisin, sykepleie*, Oslo], Ad notam Gyldendal.
- Temahefte Operasjonssykepleie. 2008. [Oslo], Norsk sykepleieforbund.
- Thagaard, T. 2003. *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*, Bergen, Fagbokforlaget.

- Thomas, E., Sexton, J. & Helmrich, R. 2003. Discrepant attitudes about teamwork among critical nurses and physicians. *Critical Care Medicine*, 31, 956-959.
- Thomson, S. 2007. Nurse-physician collaboration: a comparison of the attitudes of nurses and physicians in the medical-surgical patient care setting. *MEDSURG Nursing*, 16, 87-91.
- Timmons, S. & Tanner, J. 2005. Operating theatre nurses: emotional labour and the hostess role. *International Journal of Nursing Practice*, 11, 85-91.
- Torjuul, K. & Sørli, V. 2006. Nursing is different than medicine: ethical difficulties in the process of care in surgical units. *Journal of Advanced Nursing*, 56, 404-13.
- Travelbee, J. 1971. *Interpersonal aspects of nursing*, Philadelphia, Pa., Davis Company.
- Uri, H. 2010. *De beste blant oss: roman*, [Oslo], Gyldendal.
- Ursin, C. 2006. *Bedre vern av varslere* [Online]. Available: <http://www.dinside.no> [Accessed 15.06.2010].
- Vaags, R. H. 2004. *Etikk*, Bergen, Fagbokforlaget
- Weber, M. 1971. *Makt og byråkrati: essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*, Oslo, Gyldendal.
- Wilkinson, J. M. 1988. Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nursing Forum*, 23, 16-29.
- Wyller, I. 1978. *Sykepleiens verdenshistorie*, [Oslo], Fabritius.
- Yrkesetiske retningslinjer 2007. [Online]. *ICNs etiske regler*, Norsk sykepleierforbund. Available: [https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/334857/Yrkesetisk\\_retningslinjer.pdf](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/334857/Yrkesetisk_retningslinjer.pdf) [Accessed 24.11.2009].
- Zuzelo, P. R. 2007. Exploring the moral distress of registered nurses. [Reprint in *Alta RN*. 2008 Mar;64(3):4-5; PMID: 18444300]. *Nursing Ethics*, 14, 344-59.
- Østby, B. 2010. Hvem skal styre sykepleierne. *Sykepleien*, 7, 24-31.
- Aakre, M. 2009. Moralsk stress og hva det gjør med oss. *Sykepleien*, 97, 13.
- Aakre, M. 2010. *Sykepleieledere krenkes av kolleger* [Online]. *sykepleien.no*. Available: [http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/etikk?p\\_document\\_id=385563](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/etikk?p_document_id=385563) [Accessed 20.09.10].



# Vedlegg nr. 1 Søkehistorikk

(((((interprofessional relations) AND attitude of health personnel) AND nursing staff) ... Side 1 av 1

## PubMed

U.S. National Library of Medicine  
National Institutes of Health

Search: (((((interprofessional relations) AND attitude of health personnel) AND nursing staff) AND hospital) AND ethics) AND moral distress

Filter your results: All (12)

[Manage Filters](#)

Display Settings: Summary, 20 per page, Sorted by Recently Added

### Results: 12

1. [Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate.](#)  
Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L.  
Nurs Ethics. 2009 Sep;16(5):561-73.  
PMID: 19671643 [PubMed - indexed for MEDLINE]
2. [Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital.](#)  
Rice EM, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL, Pendergast DK.  
J Nurs Manag. 2008 Apr;16(3):360-73.  
PMID: 18324996 [PubMed - indexed for MEDLINE]
3. [Distressing situations in the intensive care unit: a descriptive study of nurses' responses.](#)  
McClendon H, Buckner EB.  
Dimens Crit Care Nurs. 2007 Sep-Oct;26(5):199-206.  
PMID: 17704676 [PubMed - indexed for MEDLINE]
4. [Moral distress and providing care to dying babies in neonatal nursing.](#)  
Kain VJ.  
Int J Palliat Nurs. 2007 May;13(5):243-8. Review.  
PMID: 17577177 [PubMed - indexed for MEDLINE]
5. [Exploring the moral distress of registered nurses.](#)  
Zuzelo PR.  
Nurs Ethics. 2007 May;14(3):344-59.  
PMID: 17459818 [PubMed - indexed for MEDLINE]
6. [Burnout in the caring nurse: learning resilient behaviours.](#)  
Edward KL, Hercelinskyj G.  
Br J Nurs. 2007 Feb 22-Mar 7;16(4):240-2. Review.  
PMID: 17363857 [PubMed - indexed for MEDLINE]
7. [Nursing is different than medicine: ethical difficulties in the process of care in surgical units.](#)  
Torjuul K, Sortie V.  
J Adv Nurs. 2006 Nov;56(4):404-13.  
PMID: 17042820 [PubMed - indexed for MEDLINE]
8. [Defining and addressing moral distress: tools for critical care nursing leaders.](#)  
Rushton CH.  
AACN Adv Crit Care. 2006 Apr-Jun;17(2):161-8. Review.  
PMID: 16767017 [PubMed - indexed for MEDLINE]
9. [Once again, Vanderbilt NICU in Nashville leads the way in nurses' emotional support.](#)  
Ewing AE, Carter BS.  
Pediatr Nurs. 2004 Nov-Dec;30(6):471-2.  
PMID: 15704595 [PubMed - indexed for MEDLINE]
10. [Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions.](#)  
Oberle K, Hughes D.  
J Adv Nurs. 2001 Mar;33(6):707-15.  
PMID: 11298208 [PubMed - indexed for MEDLINE]
11. [Moral distress, advocacy and burnout: theorizing the relationships.](#)  
Sundin-Huard D, Fahy K.  
Int J Nurs Pract. 1999 Mar;5(1):8-13.  
PMID: 10455611 [PubMed - indexed for MEDLINE]
12. [A phenomenological study of ethical decision-making experiences among senior intensive care nurses and doctors concerning withdrawal of treatment.](#)  
Viney C.  
Nurs Crit Care. 1996 Jul-Aug;1(4):182-7.  
PMID: 9594107 [PubMed - indexed for MEDLINE]

# Vedlegg nr. 2 Iesematrise

Inkluderte studier fra Pubmed	Forfatter Publ. år Problemstilling.	Publisert i tidsskrift	Design	Hensikt med studien	Utvvalg	Hvem utførte studien	Systematiske feil	Opplevelse av moralsk stress:	Moralskstress spes ifht samarbeidsforhold	land
PubMed	Sundin-Huad D. og Fahy K. 1999. "Moral distress, advocacy and burnout: Theorizing the relationships."	International Journal of Nursing Practice	Kvalitativ undersøkelse og interpretiv study Ustrukturerte dybdeintervju Fokusgrupper	Eiterspørre sykepleieres erfaring med moralsk stress og om dette kan føre til burnout.	10 intensiv-sykepleiere på ulike intensivenheter i	Sykepleier, master of Education, Doctor of philosophy (PhD)	Få respondenter. Kan negative erfaringer ble etterspurt.	Indikasjon på at når ikke sykepleiere oppnår ønskede resultater i forhold til etiske utfordringer utløser dette frustrasjoner, sinne og moralsk utmattelse. Dette kan føre til burnout.	Sykepleierne utfordret den medisinske behandlingen som de synes var feil og som førte til mer lidelse for pasienten. Forsøk på å endre medisinsk behandling ledet til dårlige samarbeidsforhold mellom sykepleiere og leger.	Queens land, Australia
PubMed	Zuzelo, P.R. 2007. "Exploring the Moral Distress of Registered Nurses",	Nursing Ethics	Kvantitativ, deskriptiv studie. Survey.	Beskrive sykepleieres moralske stress og få svar på frekvensen av erfaringer med moralsk stress.	100 sykepleiere på et Amerikansk medisinsk senter	Sykepleier (RN) Doctor of Education (EdD)	Noen få respondenter forstod ikke spørreskjemaet	Størst grad og frekvens av MD ved: 1) Lav bemanning 2)legen inkompetent 3) Ineffektiv smerte behandling 4)utføre legens ordre som føltes som unødvendig	Sykepleiere blir frustrert når de ikke blir hørt pga sin underordnede rolle ift legene. Sykepleiere tar en risiko når de konfronter legene og har andre meninger om behandlingen. Sykepleiere ble opprørt når de så at deres kliniske kunnskaper ikke ble hørt, og det viste seg at de fikk rett.	Nordøst i USA
PubMed	Torjaul, K. Sørlie V. 2006 "Nursing is different than medicine: ethical difficulties in the process of care in surgical units"	The Authors. Journal compilation	Kvalitativ undersøkelse. fenomenologisk-hermeneologisk fortolkning Intervju av 45-60 min lengde Sykepleierens erfaring i helsefjensjonen var fra 21-30 år	Beskrive ulike etiske vanskeligheter som sykepleiere møter i sitt arbeid på kirurgiske avdelinger.	10 kvinnelige sykepleiere som jobber på en kirurgisk avdeling på et universitetssyk ehus	Master of Science (MSc) Doctor of Philosophy (PhD)	Studien etterspur varskeligheter. man får ikke fram hva som er uproblematisk. Svarene kunne muligens blitt annerledes hvis sykepleiere med mindre erfaring hadde vært respondenter.	Most moralsk stressende: 1)Sykepleierens har vanskeligheter med å svare på spørrende arlig 2)stole på pasientene når de klager 3)Sp. har ulik mening fra legene om behandlingen. 4)Iten interesse for holistisk behandling fra legens side, gjorde at sykepleieren ikke motok den medisinske statten de ba om fra legene. Narrative data: 1)uennighet med legene om behandling av deende 2) sykepleieres underordnet rolle 3)konfronasjoner med legene	Sykepleierne har ulik mening fra legene om behandlingen, og når legene er uenige seg i mellom og sykepleiere må stå hos pasienten med de ulike meningene. Frustrasjon når kirurgene kan var interessert i diagnose og behandling, og ikke i holistisk behandling, for eksempel. Ved smerter eller depresjon. Legene er ikke så opptatt av omsorg som sykepleiere, sp! må stå hos pasienten og taler deres sak, mens legene kan gå.	Norge

Database	Forfatter Problestilling: Publ. år	Design	Hensikt med studien	Uvalg	Hvem utførte studien	Systematiske feil	Opplevelse av moralsk stress:	Moralsk stress spes. i/hht samarbeidsforhold	land	
PubMed	Pauly, B C. Varcoe J. Storch L. Newton 2009 "Registered Nurses' Perceptions of Moral Distress an Ethical Climate",	Nursing Ethics	Kvantitativ undersøkelse	Beskrive sykepleieres erfaring med og graden av moralsk stress. Beskrive deres oppfatning av etisk klima og deres beskrivelse av forholdet mellom etisk klima og moralsk stress.	Randomisert utvalg av sykepleier. 374 leverte spørreskjemaet tilbake	Alle fire er sykepleiere 3 er Doctor of Philosophy (PhD) og 1 er doctor candidate	22% leverte svar på usystematisert Generalisering kan derfor ikke gjøres ut fra denne studien	Spil rapporterte moderat nivå av moralsk stress, som stod i direkte sammenheng med hvordan de opplevde det etiske klimaet. Kollegaer, pasienter, ledere, sykehus og leger utgjorde faktorer som moralsk stress kunne oppleves i forhold til. <b>Størst følelse av moralsk stress ved, intensitet:</b> 1)For få sykepleiere på jobb 2)pleie pas. Jeg ikke er kompetent til 3)jobb med sykepleiere som ikke er kompetente 4)assistere leger som etter din mening gir dårlig behandling Moderat høy intensitet <b>Oftes forekommende situasjoner der moralsk stress forekom, frekvens:</b> 1)jobb med sykepleiere som ikke er kompetente 2)utføre ordre fra legen jeg ikke er enig i 3) jobb med sykepleiere som ikke er kompetente 4) forlenge lidelse med behandling Relativt lav frekvens	Etisk klima: få muligheter til bli involvert i rådgivning ang. etiske problemer utføre ordre fra legen jeg ikke er enig i Multiple ønsker til at sykepleiere føler moralsk stress. Denne studien finner ikke at samarbeidsproblemer er en stor utløsende årsak.	Canada
Database	Forfatter Problestilling: Publ. år	Design	Hensikt med studien	Uvalg	Hvem utførte studien	Systematiske feil	Opplevelse av moralsk stress:	Moralsk stress spes. i/hht samarbeidsforhold	land	
PubMed	Rice, Hamrick Verheij Pendergast 2007 "Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult tertiary care hospital"	Journal of Nursing Management	Prospective cross-sectional survey using the Moral distress scale tool	260 sykepleiere med 92 % response rate 250 kvinnelige	Nurse manager, Professor of medicine, Physician assistant, Director of outpatient rehab. Services	Høy intensitet av moralsk stress ved 6 ulike kategorier. Ulik frekvens. ved opplevelsen av at den riktige beslutningen og behandlingen av pasienter er i konflikt med god sykepleie, legene og organisasjonens politikk, gi tilfengt behandling og inadekvat smertebehandling. Moralsk stress kan føre til ubehag.	1) Sykepleiere ser at pasienten har behov for smertelindende, men legene er motvillige til å gi mer. Uenighet med legene ved forlenget behandling av døde. 2)MS ved å jobbe med leger og sykepleiere som ikke er kompetente	Phoenix, USA		

